

INSTITUTO POLITÉCNICO DE LEIRIA  
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE LEIRIA  
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE  
ESPECIALIZAÇÃO DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA  
ANO LETIVO 2021/2022

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO**  
**Desenvolvimento de Competências em Enfermagem Médico-  
Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica**

“Adesão dos profissionais de saúde a medidas de prevenção e controlo de infeção”

Cheila Catarina dos Santos Gaspar Baptista e Arcanjo

**Orientador:** Professora Doutora Maria dos Anjos Dixe

**Unidade Curricular:** Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica com  
Relatório

**Leiria, setembro de 2022**

INSTITUTO POLITÉCNICO DE LEIRIA  
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE LEIRIA  
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE  
ESPECIALIZAÇÃO DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA  
ANO LETIVO 2021/2022

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO**  
**Desenvolvimento de Competências em Enfermagem Médico-  
Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica**

“Adesão dos profissionais de saúde a medidas de prevenção e controlo de infeção”

Apresentado para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área  
de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Cheila Catarina dos Santos Gaspar Baptista e Arcanjo

5190225

**Orientador:** Professora Doutora Maria dos Anjos Dixe

**Unidade Curricular:** Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica com  
Relatório

**Leiria, setembro 2022**

## Dedicatória

Para ti, Duarte.

## Agradecimentos

À Professora Maria dos Anjos Dixe, por toda a ajuda, disponibilidade e competência que  
tão bem a caracterizam.

Aos enfermeiros orientadores com quem tive a sorte de me cruzar, que me tornaram uma  
melhor profissional.

À Sofia, ao Luís e à Inês por terem sido o melhor grupo de trabalho deste mestrado.

À Tânia, pela sua bondade genuína e espírito de ajuda.

À minha equipa, por compreender as minhas ausências e os picos de cansaço.

À Virginie, à Ângela, à Neuza e à Cila por me ouvirem e apoiarem nos momentos que  
mais duvidei de mim.

Ao Diogo, por nunca ter duvidado que eu ia conseguir.

## Resumo

Este relatório tem como objetivo principal a descrição do desenvolvimento de competências do Enfermeiro Especialista. Divide-se em duas partes, em que a primeira aborda o desenvolvimento de competências durante os Ensinos Clínicos e a segunda o desenvolvimento do trabalho de investigação.

Na primeira parte é realizada uma análise reflexiva das aprendizagens que ao longo dos três Ensinos Clínicos, proporcionaram o desenvolvimento de competências pessoais e sociais, assim como das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista.

O trabalho de investigação, apresentado na segunda parte, teve como principal objetivo avaliar o impacto da implementação da formação (workshop) sobre medidas de prevenção e controlo de infeção no aumento da adesão aos momentos de higiene das mãos e na utilização de equipamentos de proteção individual, numa equipa de enfermeiros e auxiliares de ação médica, num serviço de internamento médico-cirúrgico.

O estudo realizou-se em três fases: a) *focus group*; b) apresentação de *workshop* “Medidas de prevenção e controlo de infeção” aos elementos da equipa; c) aplicação de dois formulários de observação (“Formulário de Observação da Higiene das Mãos” e “Formulário de Observação do Uso de Luvas nas Unidades de Saúde”), durante sessenta dias após a realização dos *workshops*.

Os dados colhidos permitiram calcular a taxa de adesão aos momentos de higiene das mãos desta equipa, bem como do uso de luvas. No âmbito da observação da higiene das mãos, a equipa apresentou uma adesão de 68% aos 5 momentos de higiene das mãos. Em relação ao uso de luvas da equipa, a equipa tem uma adesão de 77%. Os resultados obtidos neste estudo indicam uma posição inferior comparada com os resultados nacionais do último Relatório do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos. Existe necessidade de continuar a formar os profissionais, bem como de corrigir eventuais défices estruturais que possam condicionar o comportamento dos mesmos.

**Palavras-chave:** Competências, enfermagem, Infeções, higiene das mãos, conhecimentos

## **Abstract**

The main goal of this paper is to describe the development of the specialist nurse's abilities. It is divided in two parts, in which the first one sums up the ability's development among the clinical practice and the second one presents the development of the research work.

On the first half it is made a reflexive analysis of the acquired knowledge throughout the three clinical practices, which provided the development of personal and social competencies throughout these experiences, as well as common and specific competencies of the specialist nurse.

The second part presents the research work developed, which main goal is to evaluate the impact of infection prevention and control measures through a workshop focusing on hand hygiene and the use of personal protective equipment, in a team of nurses and healthcare assistants, in a private medical-surgical inpatient ward.

This study was carried out in three phases: a) focus group; b) presentation of a workshop "Prevention and control of infections' actions" to the team members; c) application of two observation forms ("Formulário de Observação da Higiene das Mãos" and "Formulário de Observação do Uso de Luvas nas Unidades de Saúde"), for sixty days after the workshops were held.

The data collected through the application of this forms made it possible to calculate the rate of adherence to the moments of hand hygiene of this team, as well as the use of gloves. In the scope of hand hygiene observation, the team showed an adherence of 68% to the 5 hand hygiene moments. Regarding the use of gloves, the team had an adherence of 77%.

The results obtained in this study indicate a lower position compared to the national results of the last report. There is a need to continue training professionals, as well as to correct any organizational limits that may affect their behavior.

**Key-words:** Competency, nursing, Infections, hand hygiene, knowledge

## **LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS**

ADR-SU – Área Dedicada a Doentes com suspeita de infeção Respiratória nos Serviços de Urgência

AHA – *American Heart Association*

CQS – Comissão de Qualidade e Segurança

DGS – Direção-Geral da Saúde

EC – Ensinos Clínicos

EPI – Equipamentos de Proteção Individual

IACS – Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde

IPST – Instituto Português do Sangue e da Transplantação

IQ – Índice de Qualidade

JCI – *Joint Commission International*

NAS – *Nursing Activities Score*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PBCI – Precauções Básicas no Controlo de Infeção

PCR – Paragem Cardiorrespiratória

PPCIRA – Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos

SABA – Solução Antissética de Base Alcoólica

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

SUG – Serviço de Urgência Geral

TISS28 – *Therapeutic Intervention Scoring System*

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UL – Unidade Local

**ÍNDICE**

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>5</b>
<b>PARTE I – REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NOS ENSINOS CLÍNICOS .....</b>	<b>8</b>
<b>1. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM .....</b>	<b>10</b>
1.1. SERVIÇO DE URGÊNCIA .....	10
1.2. SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA .....	12
1.3. COMISSÃO DE QUALIDADE E SEGURANÇA .....	13
<b>2. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....</b>	<b>16</b>
2.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA .....	16
2.1.1. Competência do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal	17
2.1.2. Competência do domínio da melhoria contínua da qualidade .....	20
2.1.3. Competência do domínio da gestão dos cuidados.....	24
2.1.4. Competência do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.....	29
2.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA.....	32
2.2.1. Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica .....	33
2.2.2. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação.....	40
2.2.3. Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas .....	43
<b>PARTE II – PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA: “Adesão dos profissionais de saúde a medidas de prevenção e controlo de infeção” .....</b>	<b>48</b>
<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>50</b>
1.1. EVOLUÇÃO DOS PROGRAMAS NACIONAIS .....	51
1.2. PRECAUÇÕES BÁSICAS NO CONTROLO DE INFEÇÃO .....	52
1.3. ADESÃO DOS PROFISSIONAIS ÀS PRECAUÇÕES DE CONTROLO DE INFEÇÃO .....	54
<b>2. ASPETOS METODOLÓGICOS .....</b>	<b>57</b>
2.1. DESENHO DO ESTUDO .....	57

2.2. OBJETIVOS E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO.....	58
2.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	59
2.4. INSTRUMENTOS.....	59
2.5. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS .....	60
2.6. TRATAMENTO DE DADOS .....	61
<b>3. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>62</b>
<b>4. CONCLUSÕES DO ESTUDO.....</b>	<b>70</b>
<b>CONCLUSÃO DO RELATÓRIO.....</b>	<b>72</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>74</b>
<b>APÊNDICES</b>	
<b>Apêndice 1 – Instrução de Trabalho “Abordagem à Pessoa com Intoxicação por Paracetamol”</b>	
<b>Apêndice 2 – Operacionalização da formação “Abordagem à Pessoa com Intoxicação por Paracetamol”</b>	
<b>Apêndice 3 – Consentimento Informado para participação no “Focus Group”</b>	
<b>Apêndice 4 – Guião “Focus Group”</b>	
<b>Apêndice 5 – Workshop “Medidas de Prevenção e Controlo de Infeção”</b>	
<b>Apêndice 6 – Consentimento informado para participação no estudo</b>	
<b>ANEXOS</b>	
<b>Anexo 1 – Formulário de Observação da Higiene das Mãos</b>	
<b>Anexo 2 – Formulário de Observação do Uso de Luvas nas Unidades de Saúde</b>	
<b>Anexo 3 – Guia Auxiliar “Observação do Uso de Luvas nas Unidades de Saúde”</b>	
<b>Anexo 4 – Parecer da Comissão de Ética do Politécnico de Leiria referente ao estudo</b>	
<b>Anexo 5 – Autorização da Gestão de Unidade e Direção Clínica da instituição</b>	

**ÍNDICE DE TABELAS**

<b>Tabela 1 – Sessões de observação da higiene das mãos e do uso de luvas aos enfermeiros e auxiliares de ação médica do serviço .....</b>	<b>62</b>
<b>Tabela 2 – Adesão dos profissionais aos cinco momentos de higiene das mãos....</b>	<b>63</b>
<b>Tabela 3 – Adesão dos enfermeiros aos cinco momentos de higiene das mãos.....</b>	<b>63</b>
<b>Tabela 4 – Adesão dos auxiliares de ação médica aos cinco momentos de higiene das mãos .....</b>	<b>64</b>
<b>Tabela 5 – IQ no uso de luvas pelos profissionais .....</b>	<b>66</b>
<b>Tabela 6 – IQ no uso de luvas pelos enfermeiros.....</b>	<b>67</b>
<b>Tabela 7 – IQ no uso de luvas pelos auxiliares de ação médica .....</b>	<b>68</b>

**ÍNDICE DE GRÁFICOS**

<b>Gráfico 1 - Comparação dos dados do presente estudo com os dados do Relatório do PPCIRA 2021, referente à higiene das mãos.....</b>	<b>65</b>
<b>Gráfico 2 - Comparação dos dados do presente estudo com os dados do Relatório do PPCIRA 2021, referente ao uso de luvas .....</b>	<b>69</b>

## INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular “Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica com Relatório”, inserida no plano de estudos do 2º semestre do 2º ano do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica” foi realizado um relatório, onde constam as reflexões relativas a um percurso académico e, também, profissional, no desenvolvimento de um conjunto de competências. Este trabalho será apresentado para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, da Ordem dos Enfermeiros (OE), o Enfermeiro Especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados, pressupondo que este profissional partilhe um conjunto de competências comuns aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde. Com a progressão do conhecimento, exige-se que o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica desenvolva uma prática baseada na evidência, que seja orientada para os resultados dos cuidados de enfermagem, e também que seja a figura de referência para projetos de formação, assessoria e investigação, cujo objetivo seja fomentar e atualizar os conhecimentos na sua área de especialização (OE, 2018).

Desta forma, este relatório foi construído de forma a abordar duas partes: na primeira parte, uma reflexão sobre as competências desenvolvidas durante os Ensinos Clínicos (EC) e na segunda parte, a prática especializada baseada na evidência sobre a “Adesão dos profissionais de saúde a medidas de prevenção e controlo de infeção”.

Embora as duas partes do trabalho se correlacionem, visto uma não existir sem a outra, na primeira parte é realizada uma reflexão relativa ao percurso desenvolvido nos três locais de EC em contexto de prática clínica, tendo os mesmos sido realizados em resposta do plano de estudos deste mestrado: EC em urgência, EC em cuidados intensivos e EC como opção do estudante. Ao longo deste percurso, foram desenvolvidas competências e para tal foi imprescindível a adoção de uma prática reflexiva, sendo a mesma considerada como um método específico de trabalho em que o objetivo passa por capacitar o profissional em adquirir e desenvolver conhecimentos com base na sua prática e lidar criticamente com as adversidades (Neto, Silva & Rua, 2018).

Os três EC foram realizados na mesma instituição, tendo a escolha dos mesmos sido realizada com base nas minhas expectativas enquanto estudante e também enquanto enfermeira em desenvolver a minha prática clínica e reflexiva numa instituição acreditada e

de referência. A escolha referente ao EC de Opção foi difícil, pois tinha interesse em diversas áreas e, através deste EC, pretendia expandir os meus conhecimentos e desenvolver a prática clínica num serviço até então desconhecido. Se, numa fase inicial, pensei em realizar este EC em contexto de emergência pré-hospitalar, as exigências profissionais do meu local de trabalho fizeram-me perceber que seria numa Comissão de Qualidade e Segurança (CQS) que conseguiria desenvolver competências diferenciadas com um impacto significativo na minha atividade profissional diária, com vista ao incremento da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

Assim, quer ao longo do percurso deste mestrado, quer especificamente ao longo da prática clínica, mantive este raciocínio de transversalidade e mobilização de conhecimentos, com o objetivo primordial em me tornar melhor profissional. Este foi, sem dúvida, o maior motivo que me levou a matricular neste mestrado, em pretender ser Enfermeira Especialista e Mestre em Enfermagem, e a força motriz que me levou até à realização deste trabalho final. A procura da excelência do exercício é um dos deveres do enfermeiro, inserido no Código Deontológico (OE, 2015), sendo a necessidade de formação permanente e aprofundada das ciências humanas uma necessidade sobre a qual reflito com muita frequência e em resposta disso investi os últimos três anos neste desafio que foi a realização do mestrado.

Poder ter oportunidade de aplicar na minha prática de cuidados de enfermagem os conhecimentos e as aptidões que desenvolvi nos últimos anos, concretamente através de um trabalho de investigação direcionado a uma problemática do serviço, onde incide a segunda parte do relatório, revelou-se uma experiência extremamente enriquecedora e com resultados relevantes no contexto de prestação de cuidados. O tema que desenvolvi relativo à “Adesão dos profissionais de saúde a medidas de prevenção e controlo de infeção” é-me bastante familiar e cativante, sendo das áreas que mais preferência tenho e onde tenho incidindo mais formação, nos últimos anos. Assim, na segunda parte está retratado o percurso de investigação, contextualizando o tema com uma fundamentação teórica, apresentando a metodologia de investigação, a apresentação e discussão dos resultados, terminando com a conclusão do estudo.

Pessoa em situação crítica é definida como a pessoa cuja vida está ameaçada por falência ou eventual falência de funções vitais e cuja sobrevivência está dependente de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica, bem como de cuidados de enfermagem altamente qualificados. O objetivo dos mesmos é a recuperação total, prevenindo complicações e limitando incapacidades, sendo prestados de forma contínua à pessoa como resposta às necessidades afetadas e com vista à manutenção das funções básicas da vida (OE, 2018). Para tal, é necessário que o enfermeiro desenvolva

determinadas competências que lhe permitam analisar a situação da pessoa, família/cuidador alvo de cuidados, prever e detetar precocemente as complicações e assegurar uma intervenção precisa, concreta e eficiente.

Consciente das exigências acima mencionadas, este trabalho tem como objetivo demonstrar o caminho que foi percorrido no desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista, no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, no domínio da melhoria contínua da qualidade, no domínio da gestão dos cuidados e no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019a). De igual forma, pretende-se refletir sobre o desenvolvimento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica: cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação, e maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas (OE, 2018).

Para tal, além de reflexões baseadas no que a evidência refere em determinados assuntos, foi feita bastante consulta e fundamentação com base no que os órgãos máximos de normativos em saúde defendem, nomeadamente a Organização Mundial de Saúde (OMS) ou a Direção-Geral da Saúde (DGS). As tomadas de posição e legislação da OE, bem como os referenciais teóricos referenciados ao longo do trabalho contribuíram também bastante para a fundamentação do raciocínio e do processo reflexivo utilizado ao longo deste trabalho, possibilitando o desenvolvimento de competências neste âmbito.

## **PARTE I – REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NOS ENSINOS CLÍNICOS**

Durante os três últimos anos, tive oportunidade de conhecer diferentes contextos de cuidados e diferentes profissionais, onde pude vivenciar diversas experiências que me enriqueceram pessoal e profissionalmente. Este período de tempo paralelo ao percurso de mestrado, que iniciou em 2019, foi essencial a que eu pudesse potenciar o meu património de competências. Também os EC se denotaram de extrema importância, mobilizando conhecimentos, estabelecendo relações profissionais e, principalmente, desenvolvendo competências que caracterizam o enfermeiro especialista.

Durante esta jornada, a teoria de enfermagem que me fez mais sentido aplicar no meu raciocínio enquanto futura enfermeira especialista, no âmbito da prestação de cuidados e nos momentos de reflexão, foi a Teoria das Transições, de Afaf Meleis. Qualquer pessoa em situação crítica, bem como a sua família, encontra-se a vivenciar diferentes transições, havendo períodos de incerteza que requerem certas capacidades para as poder ultrapassar. Segundo Meleis (2010), o objetivo principal da missão de enfermagem é ajudar a pessoa a ultrapassar as transições de forma saudável, facilitando este processo em termos de saúde e bem-estar. As transições são, assim, despoletadas por eventos críticos e mudanças quer individuais, quer ambientais, sendo o enfermeiro o profissional que acompanha a pessoa nas diferentes fases do processo, ou na antecipação das mesmas, no que diz respeito ao processo de saúde e capacidade de cuidar de si próprio.

Portanto, para mim, este raciocínio fez muito sentido no âmbito da prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, bem como à sua família/pessoas significativas, e ao longo dos EC foi visível a aplicabilidade desta teoria na prática diária de enfermagem, face aos diferentes processos de transição que estas pessoas estavam a vivenciar. Quer fosse numa situação de emergência, numa ida ao serviço de urgência, numa agudização de doença crónica ou num processo de alta hospitalar, foram inúmeras as oportunidades que tive durante estes meses para aplicar este raciocínio, consciente da responsabilidade enquanto futura enfermeira especialista.

O desenvolvimento de competências foi-se realizando não só durante a prática clínica decorrente dos EC, mas também durante o processo de planeamento e execução do trabalho de investigação, apresentado na Parte II deste relatório. Não tendo sido momentos díspares, mas sim correlacionados ao longo do tempo e também do desenvolvimento profissional, fui mobilizando conhecimentos e saberes quer das experiências dos EC, quer dos conhecimentos relacionados com trabalho de investigação em si, o que me permitiu

alargar horizontes e aproveitar cada momento para investir no meu processo individual de desenvolvimento de competências e capacidades, em qualquer das áreas mencionadas.

Assim, nesta parte I, irei abordar as vivências obtidas nos três diferentes EC, começando por caracterizar os diferentes contextos onde pude exercer uma prática especializada em enfermagem, sempre orientada por excelentes profissionais que, sem dúvida, foram elementos muito facilitadores neste caminho. Posteriormente, irei refletir sobre o desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista e das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

## **1. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM**

No período entre outubro de 2021 e maio de 2022, realizei os três EC decorrentes do plano de estudos deste mestrado. Os contextos dos EC levaram-me para três realidades diferentes do meu exercício profissional, nomeadamente em contexto de urgência, medicina intensiva e CQS. Os EC em Serviço de Urgência Geral (SUG) e em Serviço de Medicina Intensiva (SMI) fazem parte dos EC obrigatórios no regulamento do mestrado, sendo que o terceiro EC é opção do estudante, mediante os serviços indicados. Neste sentido, a minha opção recaiu na CQS. Pela riqueza e diversidade dos contextos, todos eles acrescentaram um valor extremamente relevante neste processo de aquisição e desenvolvimento de competências.

### **1.1. SERVIÇO DE URGÊNCIA**

Em relação ao SUG, este pertence a um centro hospitalar da zona centro com uma área de abrangência de cerca de 400.000 habitantes, residentes em catorze concelhos. É um serviço de urgência médico-cirúrgico, dotado das especialidades de medicina interna, cirurgia geral e ortopedia 24 horas por dia, 365 dias por ano. É composto por recursos humanos distribuídos por diferentes áreas, como médicos das diferentes especialidades mencionadas, uma equipa de 130 enfermeiros e 75 assistentes operacionais, e assistentes técnicos. O SUG tem um Diretor de Serviço e um Enfermeiro Gestor, havendo em cada turno enfermeiros e médicos coordenadores das equipas. Este serviço conta com o apoio, durante 24 horas, dos serviços de radiologia, cardiologia, serviço de sangue e laboratório de análises clínicas. Existem ainda outros serviços de apoio ao SUG, nomeadamente a cardiologia e a unidade de cuidados intensivos cardíacos, o SMI, as especialidades de oftalmologia, dermatologia, neurologia e nefrologia. De janeiro de 2021 até abril de 2022, devido à situação de pandemia, o serviço foi dividido de acordo com as duas tipologias de urgência: urgência geral e Área Dedicada a Doentes com suspeita de infeção Respiratória nos Serviços de Urgência (ADR-SU). De forma mais concreta, o serviço de urgência contempla nove áreas, que estão organizadas de acordo com as prioridades do Protocolo da Triagem de Manchester ou pela área de especialidade cirúrgica: área verde, área amarela, triagem 1 e triagem 2, gabinete de informações, ortotrauma, área laranja (com 1 quarto de isolamento), área verde 2 (contingência) e área vermelha/sala de emergência. A ADR-SU, localizada separadamente, com um acesso externo independente, conta com 3 gabinetes de consulta, 1 sala de tratamentos, 1 gabinete de triagem, 1 sala de emergência, 1 sala de observação, 1 área de observação e 3 quartos de isolamento.

O método de trabalho de enfermagem utilizado no SUG é o método em equipa, visto os enfermeiros serem divididos por áreas e coordenados por um líder, permitindo a rentabilização das capacidades do grupo e o aproveitamento das habilidades individuais de cada profissional (Hubber, 2018). Esta distribuição é feita semanalmente pelo Enfermeiro Gestor, alocando assim os diferentes enfermeiros de acordo com a sua experiência e formação nas áreas definidas. Embora este método de trabalho seja focado na pessoa e na otimização dos recursos, face a determinadas dificuldades deste serviço que irei abordar no decorrer do presente relatório, pude constatar que o método de trabalho mais utilizado pelos enfermeiros, em cada área, é o método de trabalho funcional. Este método é focado na distribuição de tarefas padronizadas pelos enfermeiros, em que o objetivo da ação é a realização da tarefa em si (Ventura-Silva, Martins & Trindade, 2021). Segundo o estudo destes autores, este método de trabalho promove um aumento na produtividade dos enfermeiros, embora promova alguma confusão no que respeita à atribuição de responsabilidades, valorizando a realização de um procedimento e contribuindo para a impessoalidade nas relações dos enfermeiros, tornando a intervenção de enfermagem fragmentada.

A equipa de enfermagem deste serviço conta com 25 enfermeiros especialistas, nas áreas de enfermagem médico-cirúrgica, enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, enfermagem de reabilitação e enfermagem de saúde comunitária.

As dotações seguras são calculadas de acordo com o Regulamento nº.743/2019 de 25 de setembro da OE (2019b), havendo 15 enfermeiros distribuídos pelos diferentes postos de trabalho: um enfermeiro em cada posto de triagem, dois enfermeiros na área verde, quatro enfermeiros na área amarela, um enfermeiro na área de ortotrauma, quatro enfermeiros na área laranja, um enfermeiro na sala de emergência, um enfermeiro no gabinete de informações (das 8 horas até às 24 horas), além do enfermeiro coordenador de turno, presente em todos os turnos. Segundo este regulamento, os postos de trabalho são a base de cálculo às dotações seguras, em serviços de urgência, sendo necessário ponderar os elementos resultantes do conhecimento casuístico e fluxos de procura ao longo do dia, de acordo com os diferentes dias da semana/mês.

Nem sempre os enfermeiros que asseguram o posto de trabalho da sala de emergência e os que são designados como coordenadores funcionais de turno são enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica, como este Regulamento defende, embora a equipa cumpra com a recomendação de ter mais de 50% da equipa com formação em suporte avançado de vida. Havendo apenas 18 enfermeiros especialistas em enfermagem

médico-cirúrgica neste SUG, pode-se concluir que este número está muito aquém do defendido pela OE, no que respeita à formação avançada dos enfermeiros neste serviço.

## 1.2. SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA

Relativamente ao EC de cuidados intensivos, este foi realizado num SMI, caracterizado por ser um serviço de nível III, de acordo com a classificação da Sociedade Europeia de Medicina Intensiva (Ministério da Saúde, 2017). Tal pressupõe a possibilidade de acesso aos meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica necessários, tendo assim quadros próprios de médicos e enfermeiros funcionalmente dedicados, assistência médica qualificada por um intensivista em presença física nas 24 horas, dispondo de medidas de controlo contínuo de qualidade e com programas de ensino e treino em cuidados intensivos (DGS, 2003a).

Neste documento elaborado pela DGS (2003a), pode-se ler que a medicina intensiva é, assim, uma área diferenciada e multidisciplinar, que tem como objetivo principal suportar e recuperar funções vitais, de forma a criar condições para tratar a doença subjacente. Para tal, é essencial concentrar competências, saberes e tecnologias em áreas dotadas de modelos organizacionais e metodologias que tornem capazes de cumprir estes objetivos.

O serviço do hospital da região centro onde realizei o EC foi uma das muitas unidades de cuidados intensivos de vários hospitais do país que evoluíram para SMI, tendo como missão a gestão do doente crítico a nível hospitalar, muitas vezes fora da própria unidade (por exemplo, salas de emergência e equipa de emergência intra-hospitalar) (Ministério da Saúde, 2017).

Assim, o SMI é constituído por uma equipa multidisciplinar, em presença contínua, constituída por 5 médicos intensivistas, 31 enfermeiros, 11 assistentes operacionais, 1 assistente técnico, 1 diretor de serviço e 1 enfermeiro gestor. Esta equipa dá resposta a um serviço com lotação de 12 camas, sendo 2 delas destinadas à especialidade de neurocríticos, e 4 são quartos de isolamento, 3 dos quais de pressão controlada (negativa ou positiva). Este serviço tem como objetivo prestar cuidados de saúde especializados, qualificados e contínuos à pessoa em risco de vida por falência orgânica ou multiorgânica, cuja sobrevivência depende de meios avançados de monitorização e terapêutica, estando o serviço dotado de recursos humanos qualificados e meios tecnológicos diferenciados. Corresponde assim ao exigido pelo documento de recomendações elaborado pela Direção dos Serviços de Planeamento da DGS (2003a), referente aos cuidados intensivos.

Além de estar incluído na rede de emergência nacional, é o serviço de referência para os habitantes dos concelhos de Leiria, Pombal, Alcobaça, Marinha Grande, Porto de Mós,

Nazaré, Batalha, e, além disso, a nível hospitalar, é o serviço responsável pelo doente crítico, independentemente do local onde este se encontre no hospital, nomeadamente, no serviço de urgência, nas unidades intermédias e no internamento, através da equipa de emergência interna (Ministério da Saúde, 2017).

O método de trabalho de enfermagem utilizado é o método individual, sendo este um método direcionado para a pessoa e onde o enfermeiro é responsável pelo planeamento, execução e avaliação dos cuidados prestados à pessoa, no sentido de satisfazer todas as necessidades da mesma. De acordo com o estudo de Ventura-Silva et al. (2021), através deste método, a responsabilidade dos cuidados é de um único enfermeiro, que concebe, implementa e avalia os mesmos, havendo concomitantemente uma supervisão e avaliação do enfermeiro gestor do serviço nos cuidados prestados pelos enfermeiros da sua equipa.

A equipa de enfermagem é constituída por 15 enfermeiros especialistas, entre as especialidades de enfermagem médico-cirúrgica (13) e reabilitação (2). De acordo com o Regulamento nº.743/2019 de 25 de setembro da OE (2019b), é recomendado que 50% da equipa de enfermagem seja especialista em enfermagem médico-cirúrgica, “devendo idêntica regra ser assegurada na constituição de cada turno” (p.145). Assim, conclui-se que apesar do esforço da equipa na constante procura de formação avançada, havendo 42% dos enfermeiros com especialidade em enfermagem médico-cirúrgica, ainda existe alguma margem para poder dar resposta a esta recomendação.

Pode-se também concluir que os rácios praticados no serviço não correspondem às recomendações deste documento, que defende um rácio enfermeiro/pessoa de 1/1, para uma unidade de nível III. Os enfermeiros são, assim, distribuídos pelos turnos de manhã, tarde e noite, havendo no turno da manhã 6 enfermeiros, 5 enfermeiros no turno da tarde e 5 enfermeiros no turno da noite. Em cada turno estão destacados, pela enfermeira gestora, os enfermeiros coordenadores de turno que nem sempre são os enfermeiros especialistas. Segundo o Regulamento acima mencionado, esta designação de enfermeiros deve obedecer a critérios de clareza, igualdade de oportunidades e gestão equilibrada dos recursos existentes no serviço, tendo em conta as competências para a área da gestão dos enfermeiros. Por isso, é defendido que os enfermeiros com estas funções devam ser detentores do título de enfermeiro especialista na área de especialidade em enfermagem adequada às características da unidade ou serviço (OE, 2019b).

### 1.3. COMISSÃO DE QUALIDADE E SEGURANÇA

Por último, relativamente ao EC de Opção, a minha escolha foi realizá-lo numa CQS de um hospital da região centro acreditado e os motivos que me levaram à escolha deste serviço

foram variados. Em primeiro lugar, pretendia enriquecer as minhas competências como Enfermeira Especialista neste âmbito, mas, principalmente, pretendia conseguir transferir simultaneamente os conhecimentos adquiridos para o meu contexto de trabalho, contribuindo assim para a melhoria e qualidade das intervenções de enfermagem. Também era extremamente importante ir ao encontro dos objetivos desta unidade curricular e das competências do enfermeiro especialista, no âmbito da intervenção de enfermagem à pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.

A CQS onde realizei este EC é um órgão de apoio técnico ao Conselho de Administração do hospital, no âmbito da qualidade dos serviços, sendo os seus elementos nomeados por esse órgão, presidida por um elemento, e à qual pertencem 3 médicos, 5 enfermeiros, 1 técnico superior de diagnóstico e terapêutica, 1 assistente técnico e 1 técnico superior. De acordo com o Despacho 3635/2013 de 7 de março (2013), as CQS devem articular de forma estreita com o gabinete do cidadão, serviço de segurança e saúde no trabalho e comissão de controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde, devendo ser constituídas por equipas multiprofissionais.

O propósito da criação das CQS vai ao encontro à necessidade das instituições de saúde em formalizarem mecanismos que assegurem que os cuidados de saúde prestados aos cidadãos respondem aos critérios de qualidade definidos pelo Departamento da Qualidade na Saúde, colaborando também com o sistema de acreditação da *Joint Commission International (JCI)* e da *Agência de Calidad Sanitaria de Andalucía*, nos centros de referência, e tem intervenção no acompanhamento e auditorias externas programadas ao abrigo do Sistema Nacional de Avaliação em Saúde.

No âmbito da operacionalização do processo de acreditação pela JCI, foram nomeadas equipas constituídas por profissionais de acordo com as diversas áreas funcionais da organização: acesso ao cuidado e continuidade do cuidado, avaliação dos doentes, anestesia e cuidados cirúrgicos, cuidados prestados ao doente, gestão e segurança das instalações, governança, liderança e direção, gestão e uso da medicação, gestão da informação, cuidado centrado no doente, prevenção e controlo de infeção, melhoria da qualidade e segurança do doente, qualificação e educação de profissionais. Além disso, foram ainda criadas unidades funcionais de qualidade por serviço, constituídas no mínimo por 3 elementos: o diretor de serviço, o enfermeiro-chefe/gestor/técnico coordenador e o elo dinamizador para a qualidade. Assim, o organograma funcional da CQS define as responsabilidades de cada elemento no âmbito das áreas funcionais e das metas de segurança defendidas pela JCI: identificação correta dos doentes, melhoria da

comunicação eficaz, segurança da medicação de alta vigilância, garantir a cirurgia segura, reduzir o risco de infeções associadas aos cuidados de saúde, redução do risco de danos ao doente resultantes de quedas (JCI, 2020).

De acordo com a Estratégia Nacional para a Qualidade em Saúde 2015-2020, incluída no Despacho n.º 5613/2015 de 27 de maio (2015), a qualidade em saúde e a segurança dos cuidados estão intimamente ligados, sendo a qualidade em saúde definida como “a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com nível profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do cidadão, pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do cidadão” (p.13551). Assim, torna-se necessário que as instituições garantam a operacionalização das prioridades estratégicas, através do empenho das Direções Clínicas e das CQS, com objetivo em reduzir os custos que não acrescentem valor, reduzir desperdícios e redundâncias, uniformizar procedimentos, ganhar em prol da eficiência e obter os melhores resultados, pois a qualidade, intimamente ligada à segurança dos cuidados, é uma garantia do sistema de saúde português.

## 2. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, da OE, o Enfermeiro Especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados, pressupondo que este profissional partilhe um conjunto de competências comuns aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde. É pressuposto, também, que exista uma verificação das competências enunciadas em cada regulamento da respetiva especialidade em enfermagem, direcionando assim para o Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho, da OE, onde são descritas as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

Assim, os domínios das competências comuns do Enfermeiro Especialista são os seguintes: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Relativamente às competências específicas Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, estas são: cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação e maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

Neste capítulo, irei descrever e refletir sobre o meu percurso ao longo deste curso e a forma como consegui desenvolver as competências acima enunciadas, subdividindo o capítulo em dois: competências comuns do Enfermeiro Especialista e competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Dentro de cada subcapítulo, estarão explanadas as diversas competências do Enfermeiro Especialista.

### 2.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Segundo Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, da OE, designam-se como competências comuns:

“As competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (p.4745).

Neste sentido, irei dividir este subcapítulo nos quatro domínios das competências comuns do Enfermeiro Especialista: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

### **2.1.1. Competência do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal**

No âmbito do desenvolvimento desta competência, que pressupõe desenvolver uma prática profissional, ética e legal, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional e garantir práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, considero que a minha prática, visão e postura na prestação de cuidados sempre foi baseada no respeito pelo Código Deontológico (OE, 2015). Indo ao encontro aos deveres deontológicos do enfermeiro, nomeadamente no cumprimento das normas, na responsabilização pelas decisões e atos delegados noutros colegas e/ou profissionais, na proteção dos direitos humanos da pessoa cuidada, na solidariedade para com a comunidade e na atualização constante de conhecimentos, considero que detenho bastante consciência do que me é exigido enquanto enfermeira e, precisamente em resposta ao último ponto, decidi frequentar este curso de mestrado bem como outras formações complementares, necessárias à minha prática de cuidados.

De forma geral, considero que consegui atingir esta competência do Enfermeiro Especialista, pois ao longo desta jornada demonstrei uma prática que respeita os direitos humanos, analisei e interpretei as situações específicas de cuidados especializados, onde geri situações potencialmente comprometedoras para os clientes (OE, 2019a). De acordo com a Lei de Bases da Saúde (2019), incluída na Lei n.º 95/2019 de 4 de setembro, “todas as pessoas têm direito à proteção da saúde com respeito pelos princípios da igualdade, não discriminação, confidencialidade e privacidade” (p.56), sendo este evidentemente um pilar para qualquer tipo de prestação de cuidados, ainda mais em contexto de prática especialidade.

Foi bastante útil para mim, também, a aplicação da Teoria do Conforto, de Katherine Kolcaba, nos diferentes contextos onde prestei cuidados, ao longo deste percurso, visto que, tal como Kolcaba definia “conforto” como o estado desejável para a pessoa no final de cada intervenção (2001), este foi sem dúvida dos maiores objetivos nas minhas intervenções de enfermagem, transponível às diversas realidades clínicas.

Existiram, porém, durante o percurso, algumas dificuldades alheias às intervenções, nomeadamente no SUG, como sejam, a passagem de turno nas áreas de trabalho – sem existência de barreira sonora – a sobrelotação dos espaços – sem possibilidade de manter o distanciamento físico e de barreira entre pessoas – e a dificuldade em manter as dotações

seguras para a prática de enfermagem. Face a estas dificuldades, é de salientar o esforço e a dedicação dos profissionais do SUG para que os direitos das pessoas fossem salvaguardados e respeitados, havendo um respeito inquestionável pela privacidade, singularidade e dignidade da pessoa cuidada. Existe uma gestão constante e incansável na distribuição de vagas nas diferentes áreas, de forma a garantir a privacidade, a segurança, a vigilância e a garantia de cuidados de saúde à pessoa a aguardar tratamento ou a ser cuidada, bem como uma gestão da transmissão de informação, nos momentos de passagem de turno para continuidade de cuidados. Assim, a equipa utilizava estratégias para contornar estas dificuldades, estratégias que pude avaliar e adotar na minha prática também, nomeadamente na forma de garantir a confidencialidade da pessoa através do tom de voz, da informação mais sensível ser escrita em folha de passagem de turno e até na forma como nos dispúnhamos fisicamente neste momento de continuidade de cuidados. Estas estratégias vão ao encontro ao estudo de Silva (2007), que enuncia diferentes medidas para respeitar o direito à privacidade da pessoa, no serviço de urgência. Anguita et al. (2019) citando Bermejo (2014) e Luiz et al. (2017), defendem que é necessário um compromisso por parte dos profissionais de saúde na sua intervenção, reconhecendo os direitos humanos básicos e os direitos dos doentes, da vulnerabilidade dos mesmos e dos princípios éticos que lhes conferem dignidade. A humanização dos cuidados de saúde em contexto de urgência envolve o profissional de saúde, as relações humanas estabelecidas e a equipa multidisciplinar, havendo bastantes ganhos em saúde na sua implementação, refletindo-se quer na satisfação profissional quer na segurança do doente (Anguita et al., 2019). De acordo com Junqueira e Quintas (2019), os cuidados centrados na pessoa refletem uma atitude e não um procedimento e visam entender a pessoa não apenas como uma pessoa doente, mas como alguém que tem um papel na sociedade, com uma experiência de vida, com crenças, com expectativas e com necessidades próprias. O respeito pela dignidade e privacidade das pessoas é um objetivo muito claro na defesa desta atitude e imperativos na prática de enfermagem.

Sentindo estas dificuldades na minha prática, mas refletindo sempre bastante sobre as mesmas e sobre qual a melhor forma de as debelar, assegurando respeito pelo outro e empatia pela sua situação, pude criar estratégias e desenvolver capacidades e aptidões no âmbito da resolução de problemas, indo ao encontro às estratégias supramencionadas pelos diversos autores. Além de utilizar prática baseada na evidência, a sensibilidade de detetar estas problemáticas no serviço e refletir sobre elas permitiu-me partilhar diversos momentos com a equipa multidisciplinar em reflexões conjuntas sobre as dificuldades de cada serviço e a resiliência dos profissionais em cada um.

Como já referido anteriormente, foi no SUG que senti uma necessidade constante de contornar aspetos físicos e estruturais para garantir à pessoa qualidade e segurança nos cuidados, privacidade, dignidade e sigilo, muito frequentemente relacionado com a sobrelotação dos espaços e com a elevada afluência ao serviço. Em relação ao SMI, considero que, por ser um ambiente muito mais controlado, as dificuldades eram mais facilmente contornadas, embora também fosse um serviço disposto em *openspace* e sem barreiras físicas a individualizar as unidades. Este último aspeto era contornado pela colocação de biombos amovíveis e, até, dos *trolleys* pertencentes a cada unidade, quando necessário, pelo que considero haver uma preocupação visível pela equipa no respeito pela singularidade e dignidade da pessoa, tendo eu também partilhado destas simples atitudes, mas que revelam preocupação com a pessoa e com a sua privacidade.

A promoção de práticas que fomentem a segurança, privacidade e dignidade da pessoa, bem como a importância destes elementos no processo de tomada de decisão, vai ao encontro do cerne principal da prática na CQS, daí a relevância do desenvolvimento desta competência ao longo do EC neste serviço. Pude mobilizar os conhecimentos técnicos e a experiência de realidades de diferentes serviços para adequar e modelar o raciocínio nesta área técnica e de apoio a toda a instituição que daqui depende, do ponto de vista de criação e atualização de procedimentos cujo cerne é, precisamente, o respeito pela segurança, dignidade e privacidade da pessoa.

Ao longo dos três EC foram essenciais os momentos de partilha e reflexão com os enfermeiros orientadores, tendo sido uma mais-valia no desenvolvimento do raciocínio no processo de tomada de decisão ética e deontológica. De acordo com os enfermeiros que participaram no estudo de Prazeres (2020), o processo de tomada de decisão é definido à imagem do processo de enfermagem, sendo um processo contínuo que dá lugar a um ciclo composto por avaliação inicial, focos e diagnósticos de enfermagem, planeamento de intervenções e resultados a obter, implementação das intervenções e avaliação final. O resultado deste estudo vai ao encontro ao enunciado pela OE (2012), que refere que na tomada de decisão, o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa individual ou do grupo, após efetuada a correta identificação da problemática da pessoa. Assim, as intervenções de enfermagem são prescritas de forma a evitar riscos, detetar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados, sendo que, no processo da tomada de decisões em enfermagem, o enfermeiro incorpora os resultados da investigação na sua prática. De acordo com a OE (2015), o processo de tomada de decisão e o processo de raciocínio de diagnóstico carecem de informação pertinente e atualizada, de forma a serem corretamente

identificadas as necessidades de cuidados de enfermagem à pessoa, família ou grupo. Assim, ao longo dos três EC, com a colaboração e integração nas equipas multidisciplinares que tão bem me acolheram e que, sem dúvida, facilitaram este processo, tive oportunidade de desenvolver este raciocínio no processo da tomada de decisão contextualizada nos diferentes serviços, de acordo com as diferentes necessidades e respeitando as respetivas prioridades de atuação.

Neste sentido e, decorrente do estado de saúde da pessoa em situação de urgência/emergência, é crucial que a equipa multidisciplinar atue de acordo com os princípios éticos, nomeadamente, autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. Rosa, Pais e Consciência (2016) referem no seu estudo que a formulação de uma decisão ética é baseada na compreensão destes princípios fundamentais de bioética que se aplicam a problemas comuns da prática clínica, sendo facilitada quando as responsabilidades institucionais e individuais são bem definidas. O conhecimento destes princípios da bioética permitiu-me, ao longo dos diferentes contextos clínicos, compreender os processos de tomada de decisão, aplicar os mesmos na prática e integrar as equipas nas decisões em conjunto, intervindo e atuando de acordo com o respeito a estes princípios.

### **2.1.2. Competência do domínio da melhoria contínua da qualidade**

No enquadramento do desenvolvimento desta competência, que implica que o enfermeiro garanta um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, desenvolva práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua e que garanta um ambiente terapêutico e seguro, ressalvo sem dúvida a experiência do EC na CQS que me permitiu construir e fomentar os alicerces que eu necessitava nesta área.

A escolha deste EC foi feita antes da realização de qualquer EC, pelo que a consciência da relevância nesta área transponível à prática de cuidados de enfermagem diferenciados e à minha necessidade formativa individual foi essencial ao fio condutor no desenvolvimento desta competência, ao longo de todos os contextos clínicos. Fazendo, assim, uma reflexão a todo o percurso, considero que foi na CQS que mais oportunidade tive de desenvolver a competência neste domínio e, provavelmente, onde melhor a pude desenvolver. Foi extremamente importante para mim, para o meu percurso académico e profissional, poder participar ativamente com a equipa multidisciplinar nos processos de melhoria contínua transversais a diversos serviços, tendo adquirido ferramentas que me ajudaram no EC seguinte e na própria consciencialização do “trabalho de bastidor” inerente à CQS.

Iniciei, assim, o percurso com um processo de pesquisa relativamente ao defendido pelo Departamento de Qualidade da Direção-Geral da Saúde e pelo Manual de Padrões de Acreditação para Hospitais da JCI, bem como ao Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, incluído no Despacho 9390/2021 de 24 setembro (2021). Através desta pesquisa, pude reunir conhecimentos relativos à melhoria contínua da qualidade e segurança da pessoa, tendo sido referenciais que fui consultando ao longo da realização dos EC, de forma a validar práticas e/ou corrigir as mesmas.

Tendo em conta estes referenciais e ainda a legislação em vigor, pude perceber a dificuldade que existe em interligar todos eles, pois a CQS orienta o estabelecimento de políticas e procedimentos que estejam em conformidade com a legislação e com os padrões da JCI. Assim, a estratégia utilizada baseia-se na premissa defendida pela própria JCI, que refere que “quando um conceito é abordado pelos padrões JCI e pelas leis ou regulamentos de uma autoridade nacional ou local, a JCI exige que uma organização siga qualquer órgão que tenha estabelecido o requisito mais exigente ou mais rigoroso” (JCI, p.4, 2020)”.

Este conhecimento permitiu-me ter um raciocínio diferenciado no que respeita às necessidades dos serviços em termos de oportunidades de melhoria, transportando também muito deste conhecimento para o meu próprio serviço e para a minha prática clínica, o que foi sem dúvida muito enriquecedor.

Ao longo de todo o percurso, nos primeiros momentos de integração ao serviço, tive oportunidade de consultar os procedimentos existentes e, também, refletir sobre a necessidade de alguns com os enfermeiros orientadores. No SUG, foi através desta reflexão crítica sobre a existência de protocolos, instruções de trabalho e equipas de trabalho que me deparei com a existência de um protocolo de administração de acetilcisteína, datado de 2006 e sem codificação em modelo hospitalar. Face a esta necessidade do serviço e à frequente ocorrência de admissões hospitalares decorrentes de intoxicações por paracetamol, acrescido ao facto de ser um tema que me suscitou interesse, propus-me realizar uma instrução de trabalho nomeada “Abordagem à pessoa com intoxicação por paracetamol” (Apêndice 1), apresentada em formato de formação de equipa, incluída no plano de formações internas do SUG (Apêndice 2). Através da pesquisa bibliográfica necessária para a realização destes conteúdos, pude desenvolver conhecimentos relativos a esta temática e dinamizar junto da equipa o “estado da arte” no que respeita à abordagem à pessoa com intoxicação por paracetamol. Através da elaboração da instrução de trabalho e consequente entrega aos responsáveis de serviço, sendo avaliada também pelos mesmos, pude dar a minha contribuição na melhoria da qualidade na prestação de cuidados de enfermagem, promovendo a implementação de um

protocolo centrado na pessoa e referente à evidência mais recente e amplamente acordada. Segundo Peixoto, Pereira e Martins (2016), o processo em que os enfermeiros tomam decisões baseando-se na melhor evidência científica, na sua experiência, na preferência da pessoa e nos recursos disponíveis traduz-se como prática baseada na evidência, havendo algumas dificuldades retratadas neste estudo no que concerne à tua adoção na prática. Aspectos como falta de segurança dos enfermeiros no processo de investigação, falta de apoio institucional ou a gestão de tempo condicionam a implementação da prática baseada em evidências em enfermagem, devendo ser, segundo os mesmos autores, uma assunção pública para as organizações a importância de uma prática baseada na evidência por parte dos enfermeiros.

Na CQS, a consulta dos procedimentos já existentes e a colaboração no processo de levantamento de necessidades de revisão de procedimentos também me ajudou a perceber o percurso que a CQS fez até ao momento e para onde é necessário ir futuramente, conhecendo assim a realidade atual, as dificuldades e a forma como os diferentes elementos promovem junto das diversas equipas a adesão às práticas de qualidade e segurança em saúde. A existência de procedimentos e a sua divulgação na instituição é extremamente relevante quando se fala de qualidade em saúde, indo ao encontro do estudo de Azevedo et al. (2017), que concluiu que os cuidados de saúde protocolados, quando aplicados a uma equipa multidisciplinar, são fundamentais para uma uniformidade e qualidade dos mesmos, aumentando também a eficiência.

Esta realidade foi bastante evidente no SMI, onde existe um trabalho muito desenvolvido no que respeita à realização e atualização de protocolos, bem definidos e adequados à realidade do serviço, promovendo um ambiente terapêutico seguro especialmente para quem se integra no serviço. Esse facto acabou por ser muito facilitador para mim, pois o serviço encontra-se motivado e direcionado a prestar cuidados tendo em conta os conhecimentos avançados na área da qualidade e na melhoria contínua, na segurança e proteção da pessoa e família. Considero que consegui mobilizar os conhecimentos que adquiri nos outros EC, em especial na CQS, na minha prática e me preocupei em aplicar os princípios relevantes de garantia da segurança na prestação de cuidados diferenciados à pessoa em situação crítica.

Ser um elemento dinamizador e promotor da melhoria contínua de um serviço ou de uma instituição é, sem dúvida, desafiante, requerendo além de um conhecimento diferenciado das políticas de segurança e qualidade em saúde competências relacionais e comunicacionais, como pude perceber durante os contextos clínicos. Estas vivências permitiram-me ter uma visão abrangente de todos os serviços e da forma como os mesmos

se relacionam, quer no decorrer do percurso da pessoa/família em situação crítica no próprio hospital, quer na orgânica da instituição e dos diversos serviços de apoio.

A forma de abordar e/ou contornar as dificuldades, a metodologia de relacionamento com os pares e a forma como as práticas de qualidade são promovidas junto das equipas de- me ferramentas transponíveis para a minha prática diária extremamente úteis para a gestão das estratégias de implementação e também de adesão às diferentes práticas no âmbito da qualidade e segurança do doente. No estudo de Andrade (2016) são mencionados diversos autores que referem que o ambiente da prática de cuidados é essencial à qualidade dos cuidados de enfermagem, pelo que tudo o que afeta o ambiente afeta a qualidade dos cuidados. Ainda nesse raciocínio, melhores ambientes da prática profissional de enfermagem estão associados com menores níveis de *burnout*, melhores níveis de satisfação dos enfermeiros, melhores perceções de qualidade dos cuidados e menores intenções de abandonar a organização.

Neste contexto, pode-se utilizar o Modelo de Adaptação de Roy para refletir sobre a importância do ambiente na saúde da pessoa, sendo o mesmo descrito “como todas as circunstâncias, condições e influências que rodeiam e afetam o comportamento da pessoa” (Coelho & Mendes, p.846, 2011). A saúde pode ser assim interpretada como o reflexo de adaptação da interação entre pessoa e ambiente. Pode-se observar muitas semelhanças no processo de melhoria contínua da qualidade com o modelo de adaptação de Roy, tendo em conta os componentes do processo: a avaliação (do comportamento e dos estímulos), formulação de diagnóstico de enfermagem, estabelecimento de objetivos, intervenção e avaliação. Este processo é, assim, um instrumento valioso na prática de enfermagem, levando à formulação de diagnósticos preditores às intervenções de enfermagem. De acordo com esta teoria de enfermagem, o ambiente da prática afeta a prestação de cuidados do enfermeiro, o que se vai refletir na qualidade dos cuidados de enfermagem.

Acompanhar o processo de auditoria interna, desde a fase de planeamento, a reflexão sobre o estado atual do serviço, a visita ao serviço auditado, a comunicação com os profissionais do serviço, a colheita de dados e a elaboração do relatório de auditoria, na CQS, foi uma experiência bastante enriquecedora e onde consegui desenvolver bastantes conhecimentos e competências. Estas auditorias dão resposta ao plano anual da CQS, visando garantir o cumprimento dos sistemas de acreditação da JCI, mas também dos outros programas de qualidade com que a instituição colabora, já referidos anteriormente.

Não consegui acompanhar as auditorias internas nos outros serviços (SUG e SMI), por uma questão de incompatibilidade de calendarização com as datas dos EC, embora os enfermeiros orientadores de ambos os serviços me tivessem integrado nas práticas que

envolvem os processos de auditoria, refletindo sobre os resultados das últimas auditorias internas. Assim, acompanhar este processo na CQS, numa fase inicial de forma mais observadora e posteriormente mais participativa, permitiu-me consolidar os conhecimentos sobre as metas de segurança da JCI, sendo o modelo de colheita de dados utilizado em processo de auditoria interna baseado nas mesmas, e delinear o pensamento e o planeamento do momento da auditoria. Assim, e de acordo com o Manual de Padrões da JCI (2020), a colheita de dados realizada durante a auditoria era dividida nas seguintes metas: acesso ao cuidado e continuidade do cuidado, avaliação dos doentes, anestesia e cuidados cirúrgicos, cuidados prestados ao doente, gestão e segurança das instalações, governança, liderança e direção, gestão e uso da medicação, gestão da informação, cuidado centrado no doente, prevenção e controlo de infeção, melhoria da qualidade e segurança do doente, qualificação e educação de profissionais.

De acordo com os resultados do estudo de Duarte (2017), os inquiridos referiram que a auditoria interna é uma mais-valia para a instituição hospitalar e estão conscientes do seu impacto nas práticas críticas da gestão eficiente e eficaz, sendo essa a premissa utilizada pelos membros da CQS aquando destes momentos de auditoria, nos diversos serviços.

O processo final de auditoria interna, a elaboração do relatório, foi o que considerei ser das etapas mais importantes em todo este procedimento, tendo em conta que o mesmo é a explanação da realidade do serviço, nos pontos bons, nos pontos não conformes e nas oportunidades de melhoria. Este documento resume, assim, informação de extrema relevância para o processo de melhoria contínua em saúde, devendo ser encarado como uma ferramenta para orientar o caminho do serviço com vista ao objetivo comum, a qualidade dos cuidados. Não surgem apenas informações sobre o que está conforme ou não conforme, havendo o cuidado de serem exemplificadas situações e feitas observações sobre oportunidades de melhoria e estratégias de implementação de determinadas atividades. Aqui, a equipa que elabora o relatório tem extrema importância no sentido de dar oportunidade a um determinado setor com mais dificuldades numa área em melhorar, podendo por vezes utilizar exemplos de como se ultrapassou essa dificuldade noutro serviço e utilizar esta ferramenta como estratégia de ensino e possível implementação.

### **2.1.3. Competência do domínio da gestão dos cuidados**

Referente ao desenvolvimento desta competência, considero que aproveitei todos os momentos possíveis para refletir em conjunto e em interligação com a equipa de saúde, tanto no processo de tomada de decisão, como nos próprios cuidados à pessoa/família, nas diferentes situações e nos diferentes contextos, como ainda nas reflexões sobre as

problemáticas dos serviços. Considero que tive uma postura proativa e inclusiva, havendo também abertura das equipas para receber o meu *input* sobre determinados temas.

Tive oportunidade, assim, de continuar a otimizar o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão, visto a necessidade de ter de agir precocemente e tomar decisões no contexto da ação, nos diversos serviços onde estive a realizar a minha prática clínica. Magalhães, Lopes e Fonseca (2013) referem que os enfermeiros têm de prevenir, minimizar e corrigir situações clínicas instáveis, havendo necessidade de tomar decisões no contexto da ação e de agir em conformidade, acrescentando ainda a toda a envolvimento, no que respeita à pessoa, família e ainda restantes membros da equipa multidisciplinar. Os mesmos autores mencionam ainda que as decisões tomadas são processuais e multidimensionais, considerando o como, quando e o que deve ser feito. Esta complexidade na tomada de decisões em contexto de urgência, cuidados intensivos e na CQS permitiu-me desenvolver capacidades no processo de tomada de decisão, transponível à minha prática clínica e com resultados imediatos.

Em relação à realidade com que me deparei no SUG, é indiscutível que existe uma grande dificuldade na gestão de recursos, quer humanos, quer físicos, para a resposta adequada aos cuidados de saúde da pessoa que procura a urgência na resposta de soluções para o(s) problema(s) de saúde. A área de abrangência do hospital aumentou em 1,42% o número de habitantes nos últimos 20 anos (Centro Hospitalar de Leiria, 2019), sem acompanhamento de aumento a nível estrutural e humano. A pandemia causada pela doença do novo coronavírus acabou por agudizar ainda mais esta situação, a meu ver, com a necessidade de criação de novos serviços e diferentes circuitos de acordo com as patologias respiratórias ou não respiratórias. Nesse sentido, existe um desafio enorme enfrentado pela equipa de coordenadores de enfermagem do SUG, no que respeita ao cálculo e cumprimento das dotações seguras e distribuição de recursos. Embora o objetivo seja a otimização do trabalho da equipa, adequando os recursos às necessidades de cuidados (OE, 2019), senti que existem duas grandes problemáticas com impacto direto nos cuidados de enfermagem: o tempo de permanência da pessoa na urgência e a escassez de corpo clínico face à procura dos cuidados de saúde. Assim, mesmo utilizando a norma para o cálculo das dotações seguras da OE (2019b), de acordo com os postos de trabalho e o número de admissões, as pessoas que permanecem no serviço de turno para turno exigem horas de cuidados de enfermagem que acabam por não estar contemplados nestes cálculos e o resultado é visível: um volume desajustado de trabalho que aumenta o stress, a probabilidade de erro e pode interferir na própria qualidade dos cuidados (Oliveira, 2014).

A função, quer do enfermeiro coordenador de turno, quer dos Enfermeiros Especialistas nas diferentes áreas, é bastante relevante não só na gestão dos recursos como na motivação das equipas, assumindo uma postura de liderança e capacitando os seus pares no processo de gestão de problemas. Embora nem sempre os enfermeiros coordenadores de turno sejam Enfermeiros Especialistas, conforme defendido pela OE (2019b), as competências para a área da gestão devem existir, indo ao encontro do estudo de Costa e Gaspar (2017), cujas conclusões das entrevistas realizadas apontam para que a capacidade de liderança, gestão de conflitos, motivação e comunicação com a equipa devem ser características de um enfermeiro que exerça funções de coordenação de turno.

Além dos turnos que realizei com o enfermeiro coordenador, pude acompanhar as diversas estratégias implementadas pela equipa na gestão destes recorrentes problemas, reforçando ainda mais a minha opinião da necessidade de intervenção na saúde mental destes profissionais, através de um grupo de apoio de pares, tendo em conta a pressão e o desgaste constante que estas condicionantes provocam no quotidiano destes profissionais. Amaral, Ribeiro e Paixão (2015) referem que a qualidade de vida profissional dos enfermeiros é afetada pelo impacto psicológico negativo a que estão sujeitos, recomendando também a implementação de políticas e programas institucionais que proporcionem ações internas de preparação psicológica aos profissionais, com consecutiva melhoria na qualidade de vida.

No decorrer do EC no SMI, fui também acompanhando o processo de distribuição de enfermeiros bem como do cálculo de dotações seguras por parte do enfermeiro coordenador de turno, sendo notória a sensibilidade de cada um para o efeito, contando bastante a experiência profissional de cada um e a própria intuição, pois não se encontra a ser utilizado nenhum instrumento para este cálculo. No que respeita a este processo de tomada de decisão baseada na intuição do profissional, tal vai ao encontro do defendido por Benner (2004), citada por Cunha (2017), nomeadamente no facto que um enfermeiro perito que trabalha em determinado contexto é competente e perito nessa área de atuação, sendo isto adquirido através da mobilização de todo um conjunto de saberes que, de acordo com a autora, resultarão em ganhos em saúde. Para a mesma autora, a presença de enfermeiros peritos nos contextos da prática é necessária e crucial, dada a presença de situações de saúde cada vez mais complexas, que exigem tomadas de decisões clínicas seguras, rápidas e eficazes, com objetivo na segurança e satisfação da pessoa/família cuidada.

Segundo a OE (2019b), uma Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) de nível III deve ter um rácio de enfermeiro/utente de 1/1, embora o rácio adotado no SMI não seja efetivamente

este. É importante refletir que este rácio não considera os diferentes níveis de gravidade da pessoa em situação crítica, pelo que os ajustes são feitos, como disse anteriormente, com base na experiência profissional dos enfermeiros, o que podia ser contornado utilizando instrumentos de medida objetivos da gravidade dos doentes internados que, segundo Catalão (2016), podem avaliar também a probabilidade de mortalidade e morbilidade. O estudo deste autor aplica o instrumento Therapeutic Intervention Scoring System (TISS28), sendo um instrumento utilizado e validado para Portugal, precisamente para avaliar o tipo de carga de trabalho em UCI, relacionando a carga de trabalho com a gravidade da doença, onde o raciocínio é o seguinte: uma maior gravidade do estado da pessoa está relacionada com um maior número de intervenções terapêuticas e, conseqüentemente, uma maior carga de trabalho. Sendo constituído por 7 categorias (atividades básicas, suporte ventilatório, suporte cardiovascular, suporte renal, suporte neurológico, suporte metabólico e intervenções específicas), o TISS28 permite calcular uma pontuação por pessoa em que, sabendo que um enfermeiro experiente, em 8 horas de turno, desenvolve 46 pontos, contabiliza o número de enfermeiros necessário no somatório das pontuações das pessoas internadas, dividindo por 46.

Pude comprovar que este instrumento deixou de ser utilizado no SMI recentemente por decisão da equipa, indo ao encontro do que Severino (2010), citado por Catalão (2016), refere: embora a carga de trabalho de enfermagem e o tipo/frequência das intervenções estejam relacionadas com a gravidade da doença crítica, muitas das atividades de enfermagem não estão necessariamente relacionadas com esta gravidade, mencionando que fica ainda uma grande percentagem de trabalho de enfermagem por contabilizar, por exemplo, comunicação com pessoa/família, acondicionamento de materiais, entre outros. Os enfermeiros do SMI deixaram, então, de utilizar o TISS28 por considerarem que não se encontrava ajustado à realidade do serviço e por não valorizarem os próprios resultados obtidos.

Com a validação do *Nursing Activities Score* (NAS) para a população portuguesa, ferramenta que abrange 80,8% da carga de trabalho dos enfermeiros em UCI, um valor bastante superior quando comparado com o TISS28 que mensura apenas 43,3% (Macedo et al., 2021), seria uma adequada medida para o serviço a adoção desta ferramenta. De acordo com o estudo de Queijo e Padilha (2009), a mudança principal do NAS em relação ao TISS28 diz respeito à categoria “atividades básicas”, que foi compartimentada acrescentando cinco novos itens: controlo e monitorização, procedimentos de higiene, mobilização e posicionamentos, apoio e cuidados aos familiares/pessoa e atividades administrativas e de gestão. Havendo, assim, um maior número de horas de cuidados de

enfermagem abrangidas no NAS, e face à recente validação portuguesa, considero que seria uma mais-valia para o serviço a implementação desta ferramenta, trazendo benefícios inequívocos quer aos profissionais, quer às pessoas internadas no serviço. Segundo Queijo e Padilha (2009), um número de enfermeiros adequado numa UCI pode diminuir diversas complicações, o tempo de internamento e conseqüentemente o risco de mortalidade, enquanto diminui os níveis de *burnout* dos profissionais, levando a uma maior satisfação profissional, sendo este um raciocínio interessante para o Enfermeiro Gestor de um serviço desta tipologia com objetivo de implementação desta ferramenta. Admito que não fiz esta sugestão durante o EC, devido ao desconhecimento que tinha da recente validação do NAS para a população portuguesa, fazendo aqui uma ressalva para a importância da pesquisa contínua e atualizada da bibliografia mais recente, no que respeita a prestação de cuidados diferenciados.

Durante o EC na CQS, pude compreender e valorizar as funções do enfermeiro nesta comissão, tendo em conta os conhecimentos que o mesmo tem decorrente da sua intervenção direta e permanente com a pessoa/família em situação de saúde/doença, onde identifica os principais focos na origem do erro e atua no percurso da melhoria contínua (Santos, 2017). Pude perceber e acompanhar na primeira pessoa o que esta autora defende, podendo ter observado a importância dos conhecimentos e capacidades do enfermeiro na gestão de intervenções e na interligação com os diferentes elementos da equipa multidisciplinar, ao longo da sua jornada. Este acompanhamento permitiu-me ter uma visão mais crítica e reflexiva da qualidade em saúde, nos seus fatores condicionantes e da forma como a profissão de enfermagem tem um papel tão ativo e empreendedor.

De acordo com o defendido pela Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 (2015), incluída no Despacho n.º 5613/2015 de 27 de maio, a qualidade está intimamente ligada à segurança dos cuidados, sendo uma garantia de sustentabilidade do sistema de saúde português. Face a isso, há que considerar o descritivo de um dos pilares do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (2021) “Práticas Seguras em Ambientes Seguros”, incluído no Despacho 9390/2021 de 24 setembro:

“Os recursos existentes, a dotação e adequação dos profissionais e das equipas de saúde, a formação dos profissionais de saúde, a forma como o trabalho é organizado, a existência de ferramentas e instrumentos, os percursos de cuidados, o desenho e confiabilidade dos processos são algumas das condicionantes dos ambientes seguros (p. 102).”

Tendo isto em consideração e conhecendo a realidade da instituição onde realizei os três EC, são desenvolvidas estratégias para que estas condicionantes sejam contornadas e o

ambiente seguro da prática de cuidados não fique posto em causa. Reconheço aqui a capacidade de resiliência e de adaptação dos profissionais da instituição que, trabalhando em equipa, utilizam os recursos existentes para promover a qualidade e a segurança nos cuidados prestados e otimizam o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão.

#### **2.1.4. Competência do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais**

Ao longo de toda a prática clínica, senti necessidade de realizar pesquisa bibliográfica, quer para fomentar os meus conhecimentos, quer para ir ao encontro das necessidades que fui detetando em determinadas áreas, considerando que houve uma grande contribuição para o conhecimento novo e para o desenvolvimento da prática clínica especializada. Este processo deveu-se a um trabalho intensivo de autoavaliação, identificando lacunas e indo ao encontro de oportunidades de aprendizagem e novas experiências. Além deste trabalho de pesquisa, a participação nas reflexões de casos clínicos com a equipa multidisciplinar, o espírito de curiosidade sempre latente e, inclusivamente, os trabalhos que fui realizando ao longo dos EC foram ferramentas essenciais para o desenvolvimento de conhecimentos, no que respeita a prestação de cuidados na pessoa/família em situação crítica.

Através da realização dos trabalhos com nomenclatura baseada na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, tive oportunidade de melhorar o meu raciocínio de enfermagem e refletir sobre determinados temas decorrentes dos diferentes contextos clínicos, o que fez com que houvesse uma estimulação do pensamento e também uma pesquisa direcionada sobre determinadas situações de relevo à prática clínica. Assim, posso concluir que a documentação das intervenções de enfermagem, prescritas e implementadas, enquanto resposta aos diagnósticos de enfermagem identificados, é condição fundamental para a qualidade e continuidade da prática de enfermagem e avaliação dos resultados obtidos (Mendes, 2013).

De acordo com cada EC, fui direcionando o foco da pesquisa e da necessidade de desenvolver determinados conhecimentos, sendo que, por exemplo, na CQS, foquei-me bastante no que respeita à legislação em vigor e enquadramento legal da qualidade em saúde, seguindo da consulta dos manuais de padrões de acreditação da JCI e de standards da DGS que contribuiu de forma inequívoca para a minha perceção do que é exigido e do quão relevante é o desempenho de funções dos enfermeiros quer na CQS, quer como elo funcional em qualquer serviço.

Isto permitiu-me refletir sobre a necessidade de incluir formação referente à qualidade e segurança dos cuidados na formação pré-graduada, bem como ao longo do percurso profissional de qualquer profissional de saúde, devido à pertinência do tema e à forma como

impacta nos cuidados de saúde. De acordo com as conclusões do estudo de Santos (2017), apesar da acentuada percentagem de profissionais sem formação pré-graduada na área da qualidade e segurança em saúde, todos os participantes com formação pós-graduada referiram ter tido formação nesta área, o que denota uma evidente preocupação das academias nesta área da qualidade.

Considero que consegui desenvolver o autoconhecimento e a assertividade, bem como a consciência individual enquanto pessoa e enfermeira, sendo pedras basilares em todo este processo. Faço um balanço extremamente positivo no desenvolvimento de aprendizagens profissionais tendo em conta as oportunidades que tive e os conhecimentos que adquiri, pois são aprendizagens transponíveis para a minha prática diária de cuidados, que sem dúvida me tornaram melhor profissional.

Concomitantemente à realização da prática clínica, fui desenvolvendo o meu projeto de investigação, incluído na segunda parte deste relatório, tendo conseguido mobilizar conhecimentos e estratégias para a realização do mesmo em todos os locais onde prestei cuidados, canalizando os saberes e as competências dos profissionais com quem tive oportunidade de trabalhar. Isto permitiu-me ir consolidando o trabalho em si e também refletir com estes profissionais sobre a importância do tema e a necessidade transversal a mais serviços, não só do meu local de trabalho, em realizar projetos semelhantes. As ferramentas que a realização deste projeto me proporcionou na área da investigação foram também muito relevantes ao meu percurso profissional, indo também ao encontro das minhas expectativas iniciais quando iniciei este mestrado.

Relativamente às aprendizagens profissionais que desenvolvi nos serviços onde desempenhei a prática clínica, posso referir que, embora nunca tenha tido oportunidade de trabalhar num serviço de urgência ou numa CQS, encarando isso como uma eventual dificuldade no início dos EC, considero que consegui ultrapassar os meus receios perante esta realidade desconhecida e consegui ir ao encontro do que me foi exigido. Em relação à experiência em SMI, embora também tenha tido alguns receios na fase inicial do EC, considero que o facto de já ter conhecido uma realidade de cuidados intensivos no passado, numa outra fase de desenvolvimento profissional, me permitiu mobilizar conhecimentos, realizar comparações e refletir sobre a evolução dos cuidados, tendo em conta o espaço temporal de uma década entre as experiências e, principalmente, o estadió de aprendizagem individual.

Considero que todos os locais de EC me proporcionaram excelentes oportunidades de aprendizagem, mencionando algumas delas de seguida. A existência de grupos de trabalho nas diferentes áreas de abrangência de prestação de cuidados e a existência de um plano

de formações internas, com apresentação e partilha dos trabalhos decorrentes da pesquisa destes grupos, face a alguma problemática no serviço, foi algo que enalteço nos serviços que conheci e de onde fui buscar muitos conhecimentos e reflexões.

No SUG, além da formação que ministrei, incluída neste plano, tive oportunidade de assistir a outras formações referentes ao “Choque Sético”, realizada por membros do grupo de trabalho da Via Verde Sepsis, referentes à “Abordagem à pessoa com agitação psicomotora”, realizada por membros do grupo de trabalho de Saúde Mental, e referentes à “Retriagem”, realizada por membros do grupo de trabalho de Triage. Além de serem temas bastante pertinentes, a possibilidade de discutirmos em grupo algumas práticas e desenvolvermos conhecimentos referentes a determinados temas é extremamente importante e traz benefícios para a equipa, dotando a mesma de enfermeiros mais capacitados e envolvidos na prática de cuidados (Dansky, Oliveira & Pedrolo, 2017). É, de facto, muito relevante a adesão da equipa a estes momentos formativos pois, indo ao encontro dos resultados do estudo de Tojal (2011), as formações em serviço contribuem para a atualização de conhecimentos e motiva a investigação, contribuindo para o desenvolvimento de competências e promovem a reflexão e o debate acerca dos problemas sentidos. É também interessante refletir sobre uma das conclusões do estudo do mesmo autor, que menciona que os participantes apontam como fatores condicionantes da eficácia da formação o não reconhecimento, a falta de estratégias de motivação e a avaliação da formação, podendo ser útil este tipo de conclusões para os serviços, de forma a rentabilizar a equipa e manter o nível de motivação adequado a este tipo de iniciativas, com grande utilidade à instituição e à prática de cuidados.

No âmbito das formações que participei, é de referir que, embora a Via Verde Sepsis ainda não esteja implementada no serviço, continua a haver pesquisa e formação sobre o tema para que haja sensibilização por parte da equipa do SUG na deteção precoce de sinais e sintomas sugestivos de sepsis e na importância dos cuidados de enfermagem na abordagem à pessoa com suspeita de sepsis (não só em termos de vigilância de parâmetros hemodinâmicos como na correta colheita de espécimes para análises). Assim, existe neste serviço a necessidade de dar resposta à norma 010/2016 da DGS “Via Verde Sepsis no Adulto” (2017a) que refere que “Todos os serviços de urgência devem ter uma equipa de sepsis constituída, no mínimo, por um médico e um enfermeiro” (p.1). Também pude acompanhar o processo de implementação da “Retriagem”, tendo sido uma necessidade do serviço face ao cumprimento da norma 002/2018 da DGS que menciona que a retriagem deve ser realizada numa das três situações: tempo de espera superior ao limite previsto, por iniciativa do profissional de saúde ou sempre que a

família/acompanhante o solicite (DGS, 2018). De facto, no início do EC no SUG tinha sido inclusivamente um ponto de reflexão com a enfermeira orientadora, pois a norma não estava a ser cumprida e havia, assim, um hiato temporal entre a triagem e a observação médica que poderia pôr em causa o diagnóstico e encaminhamento da situação em tempo útil. A fase de implementação, ainda inicial, prevê a existência deste profissional no turno da tarde, tendo em conta a necessidade do serviço e encontrava-se em período experimental, durante o período em que estive a realizar o EC.

No SMI, não tive oportunidade de participar em tantas ações formativas, embora também reconheça o grande investimento da equipa neste processo de melhoria contínua e desenvolvimento de conhecimentos, havendo uma grande interligação entre equipas médicas e de enfermagem, potenciando o conhecimento mais atualizado e visando os ganhos em saúde. Neste sentido, considero que foi uma mais-valia a partilha da enfermeira orientadora dos conteúdos de algumas formações que não tive oportunidade de participar, refletindo em conjunto nas mudanças para o serviço, justificadas com a evidência científica e com uma gestão eficiente de recursos.

## 2.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

O Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho, da OE, integra o conjunto de competências clínicas especializadas e concretizadas de acordo com o contexto de intervenção, na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, descrevendo as três competências específicas nesta área. Estas competências são, assim, referentes ao cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; ao dinamizar a resposta em situação de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação e ao maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

Neste sentido, irei dividir este subcapítulo nas três competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

### 2.2.1. Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica

A prestação de cuidados de enfermagem nos diferentes contextos ao longo dos três EC permitiu-me mobilizar conhecimentos e desenvolver diversas competências técnicas e científicas que promoveram o desenvolvimento desta competência. Face à complexidade das situações de saúde e intervenção necessária à pessoa em situação de doença crítica e/ou falência orgânica e à sua família/pessoa significativa, consegui mobilizar conhecimentos e habilidades e, no decorrer dos diferentes EC, responder em tempo útil e de forma holística à pessoa/família. Se no âmbito do EC na CQS a minha intervenção não foi na prestação direta de cuidados, mas incidiu maioritariamente na pesquisa, acompanhamento de intervenções nos serviços e mobilização dos conhecimentos, nos EC no SUG e no SMI tive oportunidade de intervir diretamente na prestação de cuidados à pessoa/família a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica. Através disso, pude desenvolver competências e capacidades, nomeadamente na priorização de intervenções à pessoa em situação crítica onde, principalmente no SUG, a abordagem ABCDE (A- *airway*, B- *breathing*, C- *circulation*, D- *disability*, E- *exposure*) realizada a todas as pessoas que dão entrada na sala de emergência, me permitiu desenvolver este raciocínio bem como ordenar e sistematizar as intervenções, priorizando os cuidados a prestar (Antunes & Costa, 2022).

No SUG, destaco as oportunidades de aprendizagem no cuidado à pessoa com quadro clínico sugestivo de acidente vascular cerebral, de enfarte agudo do miocárdio (e respetivo cumprimento de vias verdes), de intoxicação medicamentosa voluntária, vítima de trauma e em situação de peri-paragem ou paragem cardiorrespiratória (PCR). Todas estas oportunidades me permitiram mobilizar conhecimentos, refletir sobre as práticas e sobre os protocolos terapêuticos, agindo em prol da estabilidade hemodinâmica da pessoa e da gestão da dor.

A experiência mais marcante de todo o EC no SUG, quer pela complexidade na abordagem dos cuidados à pessoa, quer pelo nível de gravidade da situação, foi uma situação que ocorreu na sala de emergência, onde deu entrada uma pessoa em PCR vítima de trauma, acompanhada dos profissionais da viatura médica de emergência e reanimação que se deslocaram ao local do acidente, por queda de parapente. Neste contexto, que pude acompanhar desde o início, foi cumprido escrupulosamente o algoritmo de suporte avançado de vida de acordo com as *guidelines* da *American Heart Association* (AHA) (2020) e, no enquadramento do avançar do algoritmo, pude perceber as funções de todos os intervenientes, em delicada articulação, bem como a importância da comunicação entre

todos. A figura de *team leader* foi assumida por um dos clínicos de medicina intensiva ao longo de toda a reanimação, havendo nos últimos minutos antes da recuperação de ritmo a discussão sobre a manutenção ou não das manobras de reanimação. Segundo a AHA (2020), a realização de *debriefing* entre os profissionais de saúde após uma reanimação pode ser benéfico para suporte na saúde mental e bem-estar dos mesmos, situação que embora não tenha sido acompanhada e testemunhada neste caso que descrevi, foi realizada numa outra situação de PCR com claros benefícios para os envolvidos.

Esta vivência permitiu-me adquirir capacidades para conseguir dar uma resposta mais segura e eficiente em situações de PCR acontecidas posteriormente, quer durante os EC quer na minha prática profissional, fomentando os meus conhecimentos e as minhas competências técnicas. Considero-me uma profissional claramente mais competente devido às oportunidades que tive nos EC, o que já me permitiu desempenhar o papel de *team leader* numa situação de peri-paragem, no meu local de trabalho, assumindo uma postura calma e de referência para os profissionais presentes. O *team leader* é responsável pela comunicação eficaz entre os membros da equipa, supervisionando e coordenando as intervenções de todos os elementos (Härgestam, Hultin & Brulin, 2016), pelo que considero que fui ao encontro destas características naquele momento.

Desenvolver esta competência nos três EC permitiu-me aproveitar o que cada serviço tinha para oferecer em termos de oportunidades de aprendizagem e direcionar o caminho de acordo com a realidade que encontrei. Recordo-me de ficar ansiosa nos dias que antecediam o início de um novo EC precisamente por isso e pela necessidade de refletir sobre a realidade que encontrava e gerir o caminho de acordo com isso, em prol do desenvolvimento de competências. Foi no SUG e no SMI onde mais oportunidades tive de desenvolver competências com maior complexidade técnica, destacando em primazia a realidade do SMI que, segundo Borges (2015), se caracteriza por ser um ambiente complexo e muito característico, sendo um local com diversos equipamentos tecnológicos, sons de alarme, monitorizações e perfusões. Sendo um serviço especializado, onde a prestação de cuidados é realizada por profissionais treinados, através de equipamento sofisticado e com base em protocolos específicos para cada intervenção, o processo de integração foi desafiante. Sem dúvida que o acompanhamento da enfermeira orientadora e o acolhimento da equipa foram essenciais a que conseguisse desmistificar os meus receios e percorrer um caminho de integração para que conseguisse prestar cuidados diferenciados e de qualidade. Este processo de integração é de extrema importância nesta tipologia de serviços, indo ao encontro do mencionado pela OE (2020), numa Tomada de Posição sobre enfermeiros recém-formados em SMI e UCI, mencionando que “o processo de integração

deve ser estruturado e organizado, de modo a possibilitar o desenvolvimento das competências exigidas para o exercício profissional naquele contexto, devendo para tal a instituição criar as condições adequadas ao processo” (p.2).

Assim, neste serviço tive oportunidade de cuidar de pessoas em situação crítica, desde o processo de admissão, à prática especializada de cuidados de enfermagem, colaboração com técnicas diferenciadas, transferência intra-hospitalar da pessoa e, também, no acompanhamento da equipa de emergência em situação de emergência na instituição.

Cuidar de uma pessoa com necessidade de ventilação invasiva, com suporte hemodinâmico e com uma monitorização constante foi, inicialmente, desafiante, tendo sido muito relevante o acompanhamento da enfermeira orientadora de forma a facilitar este processo e orientar, também, o meu processo de estudo. Foi essencial a pesquisa que realizei não só relativamente aos feixes de intervenção da prevenção de infeção urinária associada ao cateter vesical, prevenção da infeção relacionada com o cateter venoso central e prevenção de pneumonia associada à intubação, que abordarei posteriormente e que foram a base para as intervenções de enfermagem realizadas, mas também sobre a técnica de hemodiafiltração ou sobre o procedimento de “manutenção de potencial dador” em situações de morte cerebral. Estas foram duas situações que, devido à minha falta de conhecimentos e experiência sobre o tema, me proporcionaram excelentes oportunidades de desenvolvimento de conhecimentos e de raciocínio de enfermagem, bem como na destreza técnica necessária a técnicas diferenciadas.

Tive oportunidade, assim, de acompanhar uma pessoa em situação de morte cerebral e potencial doação de órgãos, desde a admissão no SMI até à transferência para o bloco operatório, em diferentes dias e fases do processo, podendo observar e acompanhar na prática todas as exigências, especificidades complexas e procedimentos internos no cuidado à pessoa em morte cerebral, incluindo nas provas de diagnóstico, e na “manutenção do potencial dador”. Com o objetivo de preservar a viabilidade dos órgãos, pretende-se que o tempo de manutenção do potencial dador após a admissão no SMI seja o menor possível, ainda que, devido à pandemia e à necessidade de testes de rastreio ao SARS-CoV-2, o tempo tenha aumentado (Ribeiro, Varela & Perez, 2021). As alterações fisiopatológicas causadas pela morte cerebral afetam diretamente o funcionamento multiorgânico e o estado hemodinâmico da pessoa, pelo que a adoção de protocolos bem definidos de manutenção do dador aumentam a taxa de órgãos transplantados por dador e aumentam a qualidade dos mesmos (Hahnenkamp et al., 2016)

De acordo com a Coordenação Nacional da Transplantação do Instituto Português do Sangue e da Transplantação (IPST) (2022), houve uma queda da atividade de doação e

transplantação no final de 2020 e início de 2021, assistindo-se a uma recuperação irregular até ao final de 2021, tendo sido transplantados 797 órgãos, mais 86 que em 2020. Em Portugal, o processo de doação e transplantação de órgãos foi sofrendo algumas mudanças ao longo dos anos, havendo neste momento um regime de consentimento presumido, o que pressupõe que todos os cidadãos são considerados potenciais dadores *post mortem*, baseando-se assim numa lógica de solidariedade social. É, assim, dada a possibilidade de, em vida, se declararem não dadores, dando primazia ao princípio ético da autonomia individual, através da inscrição feita no Registo Nacional de Não Dadores (Costa, 2017).

Segundo o relatório de atividade anual do IPST referente à atividade de transplantação em Portugal em 2021 (2022), é o dador em morte cerebral que tem a maior percentagem na tipologia de dadores e a causa de morte, no dador falecido, é o acidente vascular cerebral. De acordo com os dados preliminares da atividade global de doação e transplantação de órgãos, Portugal ocupa o 5º lugar a nível mundial, o que me deixou bastante surpreendida pelo posicionamento do nosso país nesta área.

Vivenciar esta experiência em contexto de EC fez-me alargar o meu nível de conhecimentos nesta área e refletir sobre a ambiguidade de sentimentos que um caso clínico deste género traz à equipa multidisciplinar pois, embora estejamos a enfrentar uma situação de morte de uma pessoa, estamos também a contribuir para o potencial salvamento de diferentes outras pessoas, através da doação de órgãos. De acordo com o artigo de Bittencourt, Quintana e Velho (2011), a equipa de saúde tem uma missão fundamental junto da família desta pessoa, devendo estes profissionais estar informados e alertados para a gestão de emoções decorrentes do processo, apoiando a pessoa e esclarecendo as suas dúvidas. Os mesmos autores acrescentam que o sofrimento dos familiares não encerra com a doação de órgãos ou não, devendo os mesmos serem acompanhados durante este processo de luto.

Neste sentido, também tive oportunidade de consolidar conhecimentos sobre o processo de dignificação da morte e processo de luto, maioritariamente no SMI, embora considere que o acompanhamento do profissional no momento da morte acaba por estar muito restrito à comunicação da notícia do óbito, sem assim se realizar um acompanhamento e uma avaliação do impacto desta situação no seio familiar. Reconheço que seria muito difícil este tipo de acompanhamento ser feito pelas equipas dos serviços onde realizei os EC mas, de forma geral, considero que seria uma mais-valia para a instituição os familiares/cuidadores das pessoas que não sobrevivem serem acompanhados por profissionais habilitados, em período necessário à situação e, por exemplo, mediante referenciação da equipa de saúde que acompanhou o caso.

Tendo em conta a situação pandémica que vivemos nos últimos anos, o único serviço onde tive oportunidade de estabelecer relações terapêuticas com a família/cuidadores da pessoa em situação crítica foi no SMI, embora no SUG tenha presenciado os cuidados prestados no gabinete de informações, durante um dia. Apenas um dia não foi suficiente para poder desenvolver estratégias comunicacionais com a família/cuidador da pessoa que permanece no SUG, embora tenha sido uma experiência enriquecedora no sentido em que é aquele o único elo de contacto entre a família/pessoa significativa e a pessoa que está a ser cuidada no SUG. Reconheço a necessidade de limitação na circulação de pessoas externas ao serviço na situação pandémica que se atravessava na altura, embora considere que a quebra não tenha de ser tão grande ao ponto de haver um elevado considerável de pessoas cuja única informação do seu familiar/pessoa significativa era a informação transmitida pela equipa de enfermagem no Gabinete de Informações. Apercebi-me da angústia e até algum desespero por parte de algumas pessoas sem saberem o que aquela ida à urgência iria trazer de alterações no seio familiar, sendo mais uma vez muito relevante para mim a aplicação da Teoria das Transições (Meleis, 2010) para compreender este processo e o quão a intervenção de enfermagem é relevante. Não só o é no Gabinete de Informações, mas em qualquer momento de prestação de cuidados à pessoa, até à abordagem dos familiares no corredor, por exemplo. Estas restrições na permissão de visitas entraram em conflito direto com o defendido pela Lei de Bases da Saúde (2019), que refere que todas as pessoas têm o direito de ser acompanhadas por familiar ou outra pessoa por si escolhida. Este direito foi muitas vezes posto em causa ao longo destes anos de pandemia, aumentando ainda mais o sentimento de angústia pela pessoa e família, num processo de hospitalização repentina.

Embora ainda com algumas restrições, foi no SMI onde tive realmente oportunidade de estabelecer e manter relações terapêuticas com os familiares das pessoas internadas no serviço e vivenciar esta experiência foi, sem dúvida, enriquecedor. Tive oportunidade de desenvolver estratégias comunicacionais e adequar a minha intervenção às necessidades da pessoa, de acordo com os diferentes momentos, bem como à complexidade de cuidados prestados à pessoa em situação crítica. Estas situações permitiram-me desenvolver conhecimentos sobre a gestão da ansiedade e do medo vividos pela família/cuidador em situações críticas e de prognóstico muito reservado e foi interessante refletir sobre as mais diversas formas do ser humano em lidar com este tipo de situações e o quão importante é a intervenção do profissional de saúde no acompanhamento deste momento de incerteza e de imprevisibilidade. Corroborando o estudo de Ramos, Coelho e Ferreira (2018), em que verificou que os principais sentimentos da família do doente crítico em contexto de internamento são ansiedade, *stress*, tristeza, necessidade de suporte e de proximidade do

doente, posso também refletir sobre as conclusões do estudo de Campos (2014) que menciona as necessidades identificadas pela família, em contexto de cuidados intensivos, como tendo mais importância a sinceridade na resposta às dúvidas, a obtenção de informação, em períodos regulares, relativamente ao estado de saúde, prognóstico e ao tratamento do doente, e ao sentimento de confiança e segurança transmitido pela equipa de saúde e pelos cuidados prestados. Considero que ambos os estudos contribuíram para que pudesse agir de acordo com as necessidades da família/pessoa significativa, o que fez com que desenvolvesse esta competência de uma forma que não tinha tido possibilidade de desenvolver, em contexto de EC.

No âmbito do EC na CQS, o desenvolvimento desta competência foi proporcionado com o exercício de mobilização de conhecimentos adquiridos em experiências prévias da prestação de cuidados à pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica nos momentos de auditoria, processos de melhoria contínua, revisão de procedimentos e auditoria de processos clínicos. A experiência e os conhecimentos adjacentes a esta competência permitiram-me focar na importância da existência de procedimentos bem definidos e adequados à realidade da instituição de forma a garantir uma resposta precoce, atempada, adequada e eficiente à pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.

Assim, através da revisão de procedimentos, como por exemplo, “Avaliação da Dor no Adulto” e “Dor Aguda na Criança em Ambiente Hospitalar”, pude mobilizar conhecimentos relativos à gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa, com objetivo de otimizar as respostas, garantindo a administração de protocolos terapêuticos complexos e fazendo a relação com aquilo que é exigido pelas metas de segurança da JCI ou pela legislação em vigor. Foi transversal aos três EC a importância na gestão de medidas farmacológicas e não farmacológicas para o alívio da dor, com maior ênfase na prestação de cuidados direta à pessoa no SUG e no SMI, baseando sempre a minha prática nos referidos procedimentos e, também, nos conhecimentos que detenho na área da gestão da dor. Dados os diferentes contextos, foi bastante relevante ajustar o método de avaliação da dor de acordo com a pessoa e com o seu estado de consciência, visando assim uma avaliação o mais exata possível da dor que a pessoa refere/apresenta, devendo esta abordagem ser baseada na melhor evidência científica, no sentido de prevenir e controlar a dor da pessoa, melhorar a sua qualidade de vida e capacidade funcional (DGS, 2017b). Se no SUG as escalas mais utilizadas foram a “Escala Numérica”, “Escala Qualitativa” ou “Escala de Faces”, instrumentos válidos para pessoas conscientes e colaborantes, com idade superior a 3 anos (DGS, 2003b), no SMI tive oportunidade de utilizar frequentemente a escala “*Behavioural*

*Pain Scale*”. Esta escala, defendida nacionalmente como escala preferencial de avaliação da dor em UCI, visa avaliar essencialmente a resposta comportamental à dor, com base em três critérios, como sejam, a expressão facial, os movimentos dos membros superiores e a adaptação ao ventilador (Pereira, 2012). Segundo esta autora, a prestação de cuidados de enfermagem não se deve basear apenas no valor devolvido por esta ferramenta, apelando à avaliação global da pessoa devido ao carácter subjetivo que é a avaliação da dor numa pessoa que não consegue verbalizar a dor que sente. Este raciocínio ajudou-me bastante durante o EC no SMI, no âmbito da prestação de cuidados à pessoa ventilada e não comunicativa, facilitando bastante o meu raciocínio de enfermagem e, conseqüentemente, o desenvolvimento de competências neste âmbito.

Segundo as conclusões do estudo de António (2017), os enfermeiros inquiridos no mesmo possuem boas práticas ao nível da avaliação inicial, planeamento, intervenções farmacológicas e não farmacológicas, reavaliação, registo e ensino à pessoa com dor, no serviço de urgência, sendo que os mesmos profissionais apontam como barreiras na gestão da dor a falta de tempo e formação, o volume de trabalho e a falta de recursos humanos. Estas conclusões são muito relevantes no sentido em que, perante um serviço com dotações inadequadas à realidade, a gestão da dor da pessoa pode ficar comprometida e, consecutivamente, o seu bem-estar também. Considero, apesar disso, que as equipas com quem trabalhei nestes meses estavam bastante despertas para a relevância destes cuidados e para as medidas de gestão da dor das pessoas que cuidavam, incluindo-me nas boas práticas defendidas pela instituição, através da realização de procedimentos relacionados com a avaliação e gestão da dor no adulto e criança.

Em relação ao procedimento “Elaboração da Nota de Alta”, considero ainda haver um caminho a percorrer na promoção da continuidade de cuidados de enfermagem, especificamente no SUG. De acordo com Santos (2018), a continuidade de cuidados pode diminuir a hospitalização desnecessária e a utilização de serviços de urgência e emergência, sendo esta continuidade um fator crucial para a qualidade dos cuidados, e para os ganhos em saúde das populações. Segundo o mesmo autor, a qualidade na transição e continuidade de cuidados exige sobretudo profissionais empenhados e sensibilizados para a mudança, disponibilizando informação ao doente e cuidador sobre como melhorar o seu estado de saúde bem como quem devem contactar em caso de necessidade. Assim, o que é fornecido ao utente é uma transcrição do diário clínico e do diário de enfermagem, não refletindo por vezes a informação que deve ser partilhada com o profissional que acompanha a pessoa nem os ensinamentos efetuados, o que pode pôr em causa a continuidade de cuidados e eventualmente um regresso desnecessário ao serviço

de urgência. Face ao processo de transição que a pessoa/família se encontra a vivenciar, decorrente de uma situação de doença que careceu de intervenção terapêutica em contexto de urgência, são necessárias medidas para facilitar este processo de transição e, assim, o indivíduo recuperar o seu bem-estar o mais precocemente possível e vivenciar uma transição saudável (Meleis, 2010). Para tal, o acompanhamento de enfermagem é essencial, sendo a carta de alta de enfermagem uma ferramenta muito útil para promover a continuidade de cuidados ao nível dos cuidados de saúde primários e, assim, potenciar o enfermeiro de família desta pessoa/família como o elemento facilitador do processo de transição.

Apesar da limitação conhecida no serviço referido, considero que o trabalho que está a ser desenvolvido pela CQS na revisão deste procedimento é bastante relevante, tendo por base não-conformidades detetadas no âmbito da auditoria dos processos clínicos e a inclusão de outras especialidades cuja necessidade de partilha de informação clínica é indubitável. Estas especialidades são, por exemplo, o serviço social, o serviço de nutrição e dietética, o serviço de psicologia e o serviço de fisioterapia. Neste âmbito, pude acompanhar o processo de consulta a estes diferentes serviços, o levantamento de necessidades com objetivo de continuidade de cuidados, dentro das particularidades de cada setor, e a forma como o sistema informático pode, ou não, operacionalizar essas necessidades.

Através deste processo de acompanhamento, da participação nas reuniões multidisciplinares, da consulta da legislação em vigor e metas da JCI, da pesquisa bibliográfica e na leitura crítica dos procedimentos existentes, pude contribuir para a revisão dos procedimentos e desenvolver, assim, esta competência, mobilizando conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística à pessoa em situação de doença crítica e/ou falência orgânica e à sua família/pessoa significativa.

### **2.2.2. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação**

Desde março de 2020, com o início da pandemia causada pela doença do novo coronavírus, de forma geral todas as unidades de saúde viram-se na necessidade de criar e implementar planos de contingência para a prevenção e controlo de infeção deste vírus. Pessoalmente, fiz parte da equipa responsável pela elaboração, execução e acompanhamento do mesmo na instituição de saúde onde exerço funções, pelo que considero que essas ferramentas foram essenciais ao desenvolvimento desta competência neste último ano, aquando da realização dos EC.

Devido a esse facto, considero que pude experienciar alguma facilidade na compreensão e cumprimento do plano de contingência da instituição e nas diversas intervenções de exceção, no âmbito da dinâmica hospitalar, indo ao encontro do descritivo desta competência (OE, 2018), em que o Enfermeiro Especialista, perante uma situação de emergência, exceção ou catástrofe, atua concebendo, planeando e gerindo a resposta. Apesar de ter tido mais enfoque na gestão da resposta, ao longo do percurso de aprendizagem, considero que as competências de planeamento e conceção foram desenvolvidas com a própria prática, ao longo desta pandemia.

No SUG, de forma a fomentar os meus conhecimentos relativos ao plano de catástrofe da instituição, bem como dos intervenientes, fases de ativação, gabinete de crise e estruturas de apoio, solicitei uma reunião com o Enfermeiro responsável por este plano. Este momento foi bastante relevante para poder alargar os meus conhecimentos sobre a elaboração e estruturação de um plano de catástrofe, tendo sido abordados vários exemplos práticos do passado. Patoleia (2016) defende no seu estudo que é fundamental que todos os profissionais conheçam o procedimento de atuação em caso de emergência/catástrofe, pois todos os presentes serão chamados a intervir se ou quando tal situação acontecer, o que se considera fundamental que todos sejam conhecedores das suas responsabilidades e da forma de atuação.

Acompanhar a equipa de emergência da instituição durante o EC no SMI teve bastante impacto no desenvolvimento desta competência e das minhas capacidades em atuar em caso de emergência. Além de me ter permitido praticar o algoritmo de suporte avançado de vida, bem como as competências técnicas e de raciocínio diferenciado em atuação em caso de emergência, permitiu-me integrar nas dinâmicas da equipa de emergência intra-hospitalar. Mais uma vez, a receptividade da equipa e a colaboração dos pares foram extremamente importantes para poder ter confiança e autonomia nas rápidas e diferenciadas intervenções, em situação de emergência, sabendo gerir as prioridades e atuando como elemento diferenciado, bem como reconhecendo os papéis dos membros da equipa, avaliando a eficiência da mesma em conjunto. Sinto que toda a bagagem proveniente dos EC que realizei antes do EC no SMI contribuiu bastante para o desenvolvimento desta competência, podendo ter uma postura proativa e não reativa, o que facilitou a gestão dos cuidados em situações de emergência e a minha própria prestação como elemento integrante da equipa de emergência.

No que respeita ao desenvolvimento desta competência no EC na CQS, pude numa fase inicial proceder à consulta da listagem dos planos de emergência, de segurança, de evacuação, contingência e catástrofe da instituição, tendo sido necessário alertar os órgãos

proponentes para a necessidade de revisão de alguns procedimentos, devido às datas de elaboração dos mesmos. Considero que a instituição tenha feito um caminho interessante nesta área até aqui, havendo evidência e conhecimento por parte das equipas dos planos acima referidos. Nas auditorias em que participei, os colaboradores demonstraram conhecimentos sobre os planos de evacuação em caso de incêndio, havendo assim uma evidente preocupação dos profissionais na forma de atuação nas situações de exceção e emergência. Assim, cabe à CQS gerir a informação contida nos planos referidos, elaborada por diversos setores, centralizar e uniformizar a mesma, sendo o órgão dinamizador e que realiza o acompanhamento da implementação e adequação dos mesmos ao exigido legalmente e pelas metas de segurança da JCI.

Segundo a Inspeção-Geral das Atividades em Saúde (2021), são essenciais quer o conhecimento quer a capacidade de antecipar, responder e recuperar organizações, pessoas e comunidades em situações de emergência, sejam estas de causas naturais, tecnológicas, sociais ou virais. Especificamente na área da saúde, esta resposta traduz-se na prestação de cuidados de emergência durante ou após este género de eventos, exigindo recursos humanos, financeiros, materiais e equipamentos. Segundo a DGS (2010), os profissionais de qualquer unidade de saúde devem-se identificar como elementos fundamentais no processo de preparação de um plano de emergência, conhecendo perfeitamente a sua missão e ação neste domínio de competências. Assim, cada unidade de saúde deve proceder à identificação de riscos potenciais que possam conduzir a acidentes graves ou a catástrofe de acordo com a área onde se encontra integrada, bem como adotar medidas preventivas de forma a minimizar os riscos. De acordo com o mesmo documento da DGS (2010) é necessário que todas as pessoas intervenientes num plano de emergência estejam corretamente formadas para que as suas funções sejam realizadas de forma coordenada. Assim, é recomendado que anualmente seja realizado um exercício de mobilização do gabinete de crise e que, de dois em dois anos, seja realizado um exercício geral do plano de emergência.

O desenvolvimento desta competência é, nos dias de hoje, extremamente relevante para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica visto cada vez mais existirem eventos quer sejam climáticos quer sejam sanitários, existindo até cenários de guerra e migrações em massa. É relevante consciencializar os profissionais e a população para o que a humanidade está a enfrentar, pelo que considero que a atuação neste tipo de situações se torna cada vez mais real, possível e frequente. Estes últimos anos acabaram por ser a prova de que isto é um facto e que a capacidade de atuar em situações de emergência, exceção e catástrofe deverá ser desenvolvida pelos intervenientes no plano

de resposta, sendo o Enfermeiro Especialista o elemento de referência no seio da equipa, pelo que a capacidade em dinamizar a resposta se traduzir em bastante relevância. Veenema et al. (2017) mencionam mesmo isso no seu artigo, defendendo que é necessária uma rede de profissionais de enfermagem à escala global que possua os conhecimentos, as competências e as capacidades para responder em tempo útil e de forma adequada a uma situação de catástrofe ou a uma situação de emergência de saúde pública em larga escala

### **2.2.3. Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas**

A área da prevenção e controlo da infeção e da resistência a antimicrobianos é uma área em que eu pessoalmente tenho bastante interesse, sendo transversal a toda a prática de enfermagem, especialmente em situações complexas com necessidade de manobras invasivas e executadas em tempo útil. Por tal, em qualquer comportamento e/ou prestação de cuidados, quer ao longo dos EC, quer na minha prática profissional, considero que realizo um esforço para cumprir com as normas de prevenção e controlo de infeção, utilizando os recursos disponíveis e adequados à prática de cuidados. Segundo a DGS (2008), o objetivo principal do Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde é a identificação e redução dos riscos de transmissão de infeções entre pessoas que carecem de cuidados de saúde, os profissionais das equipas multidisciplinares, as pessoas significativas/familiares e todos os elementos que contactam com estes elos, como sejam, voluntários, estudantes, estagiários, trabalhadores de áreas de apoio e logística, entre outros, e com isto diminuir as taxas de infeção.

Ter realizado os três EC na mesma instituição hospitalar permitiu-me ter uma visão abrangente e uma postura crítica perante as tão diferentes realidades que encontrei. Se por um lado, no EC na CQS pude acompanhar o “trabalho de bastidores” no que respeita ao levantamento e elaboração de procedimentos, bem como ao processo de auditoria, no SUG e no SMI pude perceber na primeira pessoa as dificuldades e as oportunidades que cada serviço tem e o quão díspares são as realidades em ambos os serviços. Em ambos os serviços havia disponibilidade de consumíveis necessários à proteção individual e higiene das mãos, bem como sinaléticas sobre este procedimento, embora no SUG o acesso ao fardamento era muito mais restrito com diversas ocasiões de rutura de *stock*, com necessidade de o profissional usar o mesmo fardamento vários dias consecutivos, armazenando o mesmo no seu cacifo de pertences pessoais. O mesmo já não se verificava no SMI, em que os profissionais usam fardamento hospitalar de uso único por turno, sendo

o mesmo também facultado aos estudantes. Durante o EC no SUG, usei fardamento pessoal e utilizei instalações não adequadas ao fardamento e desfardamento, acabando por ser contraproducente com tudo o que é esperado por um Enfermeiro Especialista. Apesar de ter mantido os princípios básicos de prevenção e controlo de infeção, considero que se deveriam encontrar outras soluções no fardamento de estudantes, como por exemplo, fardamento descartável ou possibilidade de higienização do fardamento na instituição hospitalar. Por estar consciente das dificuldades na implementação de qualquer uma das medidas, restou-me tentar cumprir com circuitos autónomos de limpos e sujos, de forma a prevenir a transmissão cruzada de agentes patogénicos. De acordo com as conclusões do estudo de Fernandes (2017), 56% dos enfermeiros inquiridos refere trocar a farda a cada dois turnos e 62% utiliza a farda noutros locais para além da unidade de cuidados. Neste estudo, a autora realizou avaliações microbiológicas ao fardamento dos enfermeiros e em 80% das fardas verificou-se a presença de pelo menos uma unidade formadora de colónia. Face a isto, sinto que as dificuldades e as realidades que mencionei são legítimas e que, de facto, impõe-se a necessidade de criar estratégias, talvez até pelos estudantes de especialidade que visem a adoção de medidas de prevenção e controlo de infeção referentes ao uso adequado de fardamento hospitalar.

Outra realidade desajustada entre os dois serviços diz respeito às zonas de isolamento para pessoas portadoras, ou com suspeita, de agentes infecciosos. Se no SMI existem quatro zonas de isolamento, no SUG, devido à restrita existência das mesmas – existindo apenas uma área de isolamento com capacidade para uma pessoa, a equipa implementa estratégias como o encerramento das cortinas e a colocação da maca da pessoa em local mais distal, afastado fisicamente das outras unidades. No estudo de Quintas (2020), foram também enunciadas dificuldades no cumprimento das medidas de isolamento das pessoas que se encontravam no SUG, nomeadamente no que diz respeito à estrutura física do serviço, cabendo à equipa de enfermagem a gestão dos espaços livres (nomeadamente gabinetes) para disponibilizar um local de isolamento adequado.

Se no SMI encontrei uma realidade em que as práticas de prevenção e controlo de infeção eram cumpridas escrupulosamente, no SUG as dificuldades sentidas pela equipa eram muito evidentes. Embora reconheça que ambas as equipas estão conscientes e preparadas para a implementação das precauções na prevenção e controlo de infeção, detetei algumas fragilidades no cumprimento de determinadas ações no SUG, talvez devido à escassez de recursos, à falta de envolvimento nas decisões organizacionais e ao próprio ambiente da prática profissional de enfermagem, indo ao encontro das conclusões do estudo de Andrade (2016). Apesar de ter sido esta a realidade com que me pude deparar,

posso afirmar que qualquer das experiências me fez tornar uma melhor profissional, trazendo o melhor que cada serviço me pôde oferecer para o desenvolvimento de competências, refletindo sobre as práticas menos corretas que observei e enfatizando determinadas e excelentes práticas que também observei. Considero que esta capacidade me ajudou bastante em ultrapassar dificuldades e aprender com as mesmas, estimulando assim também o meu raciocínio crítico nesta área de intervenção.

Gerir estas diferenças na mesma instituição hospitalar, entre os diferentes serviços, foi um dos desafios que pude acompanhar ao longo do EC na CQS, cabendo aos profissionais desta comissão a necessidade de reconhecer as desigualdades intersetoriais e conseguir potenciar ao máximo a intervenção localizada em cada serviço. Como disse anteriormente, acompanhar os elementos da CQS permitiu-me desenvolver esta competência e mobilizar os meus conhecimentos relativos ao Plano Nacional de Controlo de Infeção e de Resistência a Antimicrobianos e às diretivas das Comissões de Controlo da Infeção, nomeadamente na revisão de procedimentos e no processo de auditoria.

Além de ir ao encontro de uma das metas da JCI “Reduzir o risco de infeções associadas aos cuidados de saúde” e do padrão “Prevenção e Controlo de Infeção”, foi possível desenvolver esta competência pela proximidade que a Unidade Local (UL) do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) tem com a CQS, tendo sido uma mais valia ter tido oportunidade de acompanhar a jornada de trabalho da UL-PPCIRA, a sua orgânica e a forma como responde aos desafios diários.

Também considero que foi uma excelente oportunidade para mim ter tido como enfermeira orientadora no SMI uma enfermeira que é um dos elos de ligação da UL-PPCIRA do serviço, tendo havido uma partilha enorme de saberes e de métodos de trabalho. Ter podido acompanhar o trabalho desenvolvido pelos elos de ligação, em colaboração intrínseca com o enfermeiro gestor e com a equipa multidisciplinar, permitiu-me desenvolver esta competência e, também, mobilizar as ferramentas necessárias ao meu trabalho de investigação, nomeadamente na colheita de dados através das grelhas de observação da lavagem das mãos, como defendido pela norma 007/2019 da DGS (2019), o que claramente constituiu uma mais-valia e me proporcionou momentos de aprendizagem diferenciados. Foi sem dúvida notório o esforço da equipa de enfermagem no SMI no cumprimento das medidas e prevenção e controlo de infeções, quer pela visível aplicabilidade das mesmas, quer pelas diversas reflexões de grupo sobre determinadas intervenções, quer pelo trabalho realizado ao longo do meu EC pelos elos de ligação no que respeita à afixação de “lembretes” ao longo do serviço, nas áreas mais críticas. Este trabalho desenvolvido pelos enfermeiros especialistas do serviço vai ao encontro do que

esta competência defende, na liderança do desenvolvimento de procedimentos de prevenção, intervenção e controlo de infeção, havendo, como já referi, aceitação por parte de toda a equipa e também ao nível dos gestores.

Considero, assim, que neste serviço pude consolidar muitos conhecimentos sobre os feixes de intervenção da prevenção de infeção urinária associada ao cateter vesical, prevenção da infeção relacionada com o cateter venoso central e prevenção de pneumonia associada à intubação, que acabam por ser procedimentos efetuados comumente à maioria das pessoas internadas em SMI. Neste EC, tive todas as ferramentas e possibilidades de atuar em conformidade com o que a DGS preconiza como feixes de intervenção na prevenção de infeções, inclusivamente em participar em reflexões de equipa sobre diversos feixes.

Penso que seja imperativo referir que todo o plano de cuidados é elaborado para que exista evidência da aplicação das intervenções defendidas pela DGS nos diferentes feixes de intervenção, como sejam, por exemplo, documentar sistematicamente no processo clínico a razão que torna necessário o cateterismo vesical (DGS, 2022a), avaliar diariamente a necessidade de manter o cateter venoso central (DGS, 2022b), discutir e avaliar diariamente a possibilidade de desmame ventilatório e/ou extubação, registado no processo clínico (DGS, 2017c). Todas as outras intervenções são também realizadas e expostas em plano de cuidados, de forma a criar evidência da realização das mesmas, tendo impacto significativo nos resultados e nos indicadores de qualidade. Segundo o relatório do PPCIRA de 2021 (2022), no período entre 2015-2019 houve uma redução da taxa global de incidência nas infeções em UCI de adultos, reduzindo em 29% a incidência de pneumonia associada ao tubo endotraqueal. As simples medidas associadas à prestação de cuidados à pessoa entubada, como sejam, a frequente higiene oral, a elevação da cabeceira ou a manutenção dos circuitos ventilatórios (DGS, 2017c) foram intervenções de enfermagem que realizei no decorrer do EC no SMI e que me fizeram refletir sobre a importância das mesmas na prevenção de complicações associadas a infeções.

Existe assim um trabalho muito desenvolvido e interessante no SMI no que respeita às medidas de prevenção e controlo de infeção, o que me fez desenvolver bastante esta competência e transpor para a prática de cuidados diversas medidas com impacto significativo na qualidade dos cuidados. O registo das mesmas é indubitavelmente importante de forma a criarmos evidência do que é feito e considero que o aplicativo informático utilizado neste serviço vai ao encontro destas necessidades. De acordo com Bailas (2016), sendo a documentação uma parte essencial à prática de enfermagem e com uma carga considerável no trabalho dos enfermeiros, é expectável que o uso de um sistema de informação informatizado promova a eficiência e a redução do tempo dedicado a esta

tarefa, o que permite uma melhoria na qualidade da assistência prestada através do aumento do tempo de prestação de cuidados à pessoa.

## PARTE II – PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA: “Adesão dos profissionais de saúde a medidas de prevenção e controlo de infeção”

### RESUMO

**Enquadramento:** As Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) constituem um problema de saúde a nível global, havendo órgãos nacionais e internacionais que promovem medidas de prevenção às mesmas. A adesão dos profissionais de saúde a estas medidas é de extrema importância no âmbito da prestação de cuidados, havendo necessidade de intervir junto das equipas de saúde com vista à obtenção de resultados. Ações simples como a higiene das mãos constituem fortes medidas na redução no número de IACS.

**Objetivo:** Avaliar o impacto da implementação da formação (workshop) sobre medidas de prevenção e controlo de infeção no aumento da adesão aos momentos de higiene das mãos e na utilização de equipamentos de proteção individual, numa equipa de enfermeiros e auxiliares de ação médica, num serviço de internamento médico-cirúrgico.

**Metodologia:** O estudo realizou-se em três fases: a) *focus group*; b) apresentação de *workshop* “Medidas de prevenção e controlo de infeção” aos elementos da equipa; c) aplicação de dois formulários de observação (“Formulário de Observação da Higiene das Mãos” e “Formulário de Observação do Uso de Luvas nas Unidades de Saúde”), durante sessenta dias após a realização dos *workshops*.

**Resultados:** Os dados colhidos através da aplicação dos formulários de observação permitiram calcular a taxa de adesão aos momentos de higiene das mãos desta equipa, bem como do uso de luvas. No âmbito da observação da higiene das mãos, as 78 indicações de higiene das mãos observadas geraram 53 ações (fricção ou lavagem das mãos), contabilizando assim uma adesão da equipa de 68% aos 5 momentos de higiene das mãos. Dentro destes valores, é possível distinguir as duas categorias profissionais avaliadas, sendo que a adesão dos enfermeiros é de 84%, enquanto a dos auxiliares de ação médica é de 39%. As 32 avaliações realizadas aos enfermeiros e auxiliares de ação médica referentes ao uso de luvas geraram 368 momentos de avaliação aplicável, dos quais os profissionais cumpriram 283. Isto significa que o Índice de Qualidade (IQ) do uso de luvas da equipa é de 77%, onde os enfermeiros têm um IQ de 81% e os auxiliares de ação médica de 72%.

**Conclusão:** Os resultados obtidos neste estudo indicam uma posição inferior comparada com os resultados nacionais, no Relatório do PPCIRA de 2021. Existe necessidade de

continuar a formar os profissionais, bem como de corrigir eventuais défices estruturais que possam condicionar o comportamento dos mesmos.

## 1. INTRODUÇÃO

As IACS constituem um problema de saúde global, tendo em conta o impacto na pessoa, nas unidades de saúde e na comunidade através do aumento da morbilidade e mortalidade, aumento do tempo de internamento e incremento dos custos em saúde (DGS, 2018).

De acordo com a definição da DGS (2007), falamos em IACS de uma forma mais abrangente, tendo em conta que inclui todas as infeções adquiridas quer pela pessoa, em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde, quer pelos profissionais de saúde, no exercício da sua atividade profissional.

A OMS estima que existam mais de 1.4 milhões de casos de IACS a nível mundial (OMS [2016], citado por Bernard, Biron & Lavigne [2018]), sendo um problema global, tornando-se, assim, indiscutível a sua importância e o impacto das medidas preventivas, direta ou indiretamente, na pessoa e/ou comunidade.

De acordo com *Centers of Disease Prevention and Control* (2016), os microrganismos estão presentes em todo o lado e fazem parte da nossa flora, ocorrendo infeção quando existe uma porta de entrada ao microrganismo, um crescimento do número do mesmo e uma reação orgânica. Para tal ocorrer, é necessário uma fonte, um hospedeiro suscetível e uma via de transmissão. Muitos dos microrganismos que causam infeções sobrevivem nos equipamentos utilizados diariamente pelos profissionais de saúde, na prestação de cuidados, sendo facilmente transmissíveis de pessoa para pessoa, caso não haja uma adequada adoção de práticas de prevenção e controlo de infeção (Jayasree & Afzal, 2019).

Vários estudos, realizados ao longo dos anos e em diversos setores da saúde, apontam que a implementação de medidas de prevenção e controlo de infeção reduz a taxa de IACS. O estudo de Jayasree e Afzal (2019) conclui que medidas relacionadas com a higienização das mãos, uso de calçado próprio, remoção adequada de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), desinfeção adequada dos equipamentos médicos, monitorização das práticas e intervenção de uma equipa dedicada à área do controlo de infeção contribuíram para uma redução das IACS, num serviço de cuidados intensivos, num período de sete anos.

A monitorização, a auditoria através de observação e um feedback relativo às medidas de prevenção e controlo de infeção contribuem para uma melhoria individual de cada profissional, promovendo uma mudança de comportamentos e o aumento da adesão às medidas preventivas, com inequívocos ganhos para a saúde (Edwards et al., 2012). A formação, o treino e a comunicação são pilares essenciais ao sucesso destas intervenções, na equipa de saúde. O estudo de Carrico, Rebmann & English (2008) sugere,

inclusivamente, áreas de competências no âmbito da prevenção e controlo de infeção, em que os profissionais de saúde devem ter formação contínua, das quais se destacam os conhecimentos básicos de microbiologia, forma de transmissão das doenças e precauções básicas de prevenção.

### 1.1. EVOLUÇÃO DOS PROGRAMAS NACIONAIS

Desde os anos 30, em Portugal, existe legislação referente a esta problemática, com emanação de legislação e criação de programas de saúde. De acordo com o Despacho n.º6401/2016, de 16 de maio, alterado pelo Despacho n.º 1225/2018 de 5 de fevereiro (2018) no âmbito do Plano Nacional de Saúde, um dos programas de saúde prioritários é o PPCIRA.

O PPCIRA foi criado em 2013, através da fusão de dois programas: o “Programa Nacional de Controlo de Infeção” e o “Programa Nacional de Prevenção das Resistências aos Antimicrobianos”, com o objetivo geral de reduzir a taxa de IACS bem como a taxa de microrganismos com resistência aos antimicrobianos, de acordo com o Despacho nº 15423/2013 de 26 de novembro (2013).

Ainda em 2008, Portugal aderiu à Campanha da Higiene das Mãos, da OMS, havendo uma evolução da adesão portuguesa a outras campanhas. Em 2014, a Campanha Nacional de Higiene das Mãos foi alargada às outras componentes das Precauções Básicas no Controlo de Infeção (PBCI), criando-se assim a “Estratégia Multimodal de Promoção das Precauções Básicas em Controlo de Infeção” e em 2016, seguindo o modelo da OMS “Cuidados limpos são cuidados seguros”, foi monitorizado também o uso de luvas nas unidades de saúde.

Portugal acompanha o que a OMS defende, em termos de medidas eficientes na redução das taxas de IACS, como sejam ações simples contidas nas estratégias de higiene das mãos, segurança na administração de sangue e derivados, segurança na administração de injetáveis, segurança nos procedimentos cirúrgicos, qualidade da água, tratamento de resíduos e segurança do ambiente.

Em 2022, face à necessidade de reforçar a melhoria de diversos indicadores de saúde no âmbito do PPCIRA, na sequência dos efeitos causados pela pandemia da doença do novo coronavírus, atualizou-se o programa na sua missão de acordo com o Despacho nº 10901/2022 de 8 de setembro (2022). Este despacho define como objetivos gerais do PPCIRA a redução da incidência de IACS, a promoção do uso correto e responsável de antimicrobianos e a diminuição da taxa de microrganismos com resistência adquirida a antimicrobianos. Assim, são definidos alguns indicadores para os estabelecimentos hospitalares do Serviço Nacional de Saúde, integrando o IQ do PPCIRA, como sejam, uma

taxa de adesão ao primeiro momento de higiene das mãos superior ou igual a 90%, redução em pelo menos 10% da taxa global de infeção do local cirúrgico, da infeção associada a cateter vesical, da pneumonia associada a tubo endotraqueal e da bacteriemia relacionada com cateter vascular central e um cumprimento de pelo menos 90% dos feixes de intervenção de prevenção nas tipologias descritas, e uma redução no consumo hospitalar global de antibióticos de pelo menos 20% em relação ao ano anterior. Para permitir este acompanhamento, são imprescindíveis as Unidades Regionais PPCIRA, a nível das administrações regionais, e as UL, integradas nos estabelecimentos e serviços prestadores de cuidados de saúde.

## 1.2. PRECAUÇÕES BÁSICAS NO CONTROLO DE INFEÇÃO

Em 2012, foi elaborada pela DGS a Norma nº 029/2012, atualizada a 31 de outubro (2013), referente às PBCI, onde é inicialmente reforçado o dever dos dirigentes das unidades prestadoras de cuidados de saúde na implementação das PBCI, monitorização, formação e recursos. As PBCI foram, assim, divididas em 10 itens, fazendo parte desta Norma os critérios de suporte, os instrumentos de avaliação para auditorias, os níveis de evidência e o glossário.

As PBCI são, assim, um conjunto de boas práticas que levam à prevenção da transmissão cruzada de IACS, implementadas de acordo com o risco dos procedimentos clínicos, exigindo uma padronização e monitorização das mesmas (DGS, 2013). O objetivo principal é a segurança do utente e do profissional, constituindo-se de um conjunto de estratégias primárias de eficácia comprovada na minimização do risco de infeção.

As 10 PBCI são: colocação de doentes, higiene das mãos, etiqueta respiratória, utilização de EPI, descontaminação de equipamento clínico, controlo ambiental, manuseamento seguro de roupa, práticas seguras na preparação e administração de injetáveis e exposição a agentes microbianos no local de trabalho (DGS, 2013).

A Estratégia Multimodal da PBCI, abordada no subcapítulo anterior, foi iniciada com a análise da adesão dos profissionais de saúde à higiene das mãos, tendo em conta que esta é considerada a medida preventiva mais eficiente, mais simples e mais económica (DGS, 2018). Assim, a higiene das mãos prevê que o profissional tenha as “unhas curtas e limpas, sem verniz, extensões ou outros artefactos”, remova todos os adornos, proteja com penso impermeável todos os cortes e abrasões e mantenha a zona dos antebraços exposta, não utilizando fardamento com mangas compridas (DGS, 2019). Para a higienização das mãos devem ser utilizadas Soluções Antisséticas de Base Alcoólica (SABA) ou água e sabão, no caso de as mãos se encontrarem visivelmente sujas ou contaminadas com matéria

orgânica, e no caso em que existam procedimentos a doentes com infeções gastrointestinais com confirmação ou suspeita de *Clostridium Difficile*.

Os cinco momentos de higienização das mãos, defendido quer pelos documentos da OMS, quer pela DGS (2019), são: antes do contacto com a pessoa, antes de procedimentos limpos ou assépticos, após o risco de exposição a fluidos orgânicos, após contacto com a pessoa, após contacto com o ambiente envolvente da pessoa. Além destes momentos, a higienização das mãos deve ser feita, também, após a remoção de EPI. Em relação à utilização de EPI, este material deve ser utilizado de acordo com o procedimento e o seu risco, havendo necessidade de o mesmo estar disponível para os profissionais de saúde, no contexto da sua prática.

Relativamente à utilização de luvas, é importante referir que as mesmas devem ser utilizadas quando se antecipa a exposição a fluidos orgânicos, sendo adequadas ao utilizador e ao procedimento. Em caso de perfuração ou rutura, as luvas têm de ser substituídas e nunca a utilização de luvas substitui a higiene das mãos. Face à complexidade do tema, foi elaborada uma norma (DGS, 2015) exclusiva ao “Uso e Gestão de Luvas nas Unidades de Saúde”. De acordo com esta norma, a avaliação do risco para decisão sobre o uso adequado e para seleção do tipo de luvas deve ser efetuada antes do procedimento a realizar, e a sua decisão deve ser baseada nos seguintes fatores: natureza da tarefa, probabilidade de contacto com fluidos corporais, necessidade (ou não) de isolamento de contacto, necessidade de técnica asséptica: luvas esterilizadas/não esterilizadas e ponderação de alergia ao latex (utente e profissional de saúde). As luvas não devem ser utilizadas nos seguintes momentos: avaliação da pressão arterial, temperatura e pulso, administração de vacinas e outros injetáveis (vias subcutânea ou intramuscular), cuidados de higiene, conforto e de apoio ao utente, auscultação e palpação do utente, administração de medicamentos via oral, distribuição e recolha de tabuleiros de refeição, remoção e mudança de roupa de cama, colocação de aparelhos de ventilação não invasiva e cânulas de oxigénio, transporte de pessoas.

Em relação aos aventais, estes devem ser utilizados durante os procedimentos que envolvam contacto direto com a pessoa, protegendo o fardamento do profissional pelo risco de contaminação do mesmo. Deve ser substituído no final de um procedimento, mesmo que seja na mesma pessoa. Quando existe risco de salpicos de fluidos orgânicos, as batas de manga comprida podem ser utilizadas, mediante os mesmos princípios anteriormente referidos. No que diz respeito ao calçado, este deve ser antiderrapante, limpo e deve apoiar e cobrir todo o pé, evitando a contaminação com fluidos orgânicos ou eventuais lesões com material cortoperfurante (DGS, 2013). Relativamente à utilização de máscaras cirúrgicas,

neste mesmo documento, refere que as mesmas devem ser adequadas à finalidade e utilizadas em casos em que haja risco de salpicos de fluidos orgânicos para a mucosa respiratória.

É importante acrescentar que, face à situação de exceção que estamos a enfrentar, em contexto de pandemia por doença causada pelo novo coronavírus, houve necessidade desta entidade emanar normas direcionadas à utilização de EPI neste contexto. Assim, a máscara cirúrgica é utilizada quer pela pessoa, quer pelo profissional, no interior da instituição de saúde, sendo necessário manter os cuidados, como o ajuste da máscara à face, a cobertura do nariz e boca, a manipulação da mesma e a sua substituição quando necessário (4-6 horas ou se estiver húmida). É de acrescentar, também, que o EPI a ser utilizado pelo profissional depende do risco de exposição e do tipo de procedimento a ser realizado (DGS, 2020).

### 1.3. ADESÃO DOS PROFISSIONAIS ÀS PRECAUÇÕES DE CONTROLO DE INFEÇÃO

A definição e implementação de procedimentos denota-se de uma elevada importância, mas a monitorização e o acompanhamento da sua inclusão na prática de cuidados também. De acordo com o Relatório Anual do PPCIRA de 2021 (DGS, 2022c), apresentando dados relativos às instituições de saúde que monitorizam as PBCI, a adesão ao cumprimento da higiene das mãos aumentou progressivamente a partir de 2016, sendo este aumento significativo entre 2019 e 2020, no contexto pandémico. Entre estes dois anos, a taxa de cumprimento global aumentou de 75,7% para 82,7%, sendo o momento de higienização das mãos com maior adesão por parte dos profissionais o mesmo que antecede procedimentos limpos/assépticos, com taxas de 89,6%. O momento “antes do contacto com o utente” é o momento que apresenta uma taxa de cumprimento inferior, embora com uma tendência crescente evolutiva de 12%, aumentando para 76,2% em 2020. Se compararmos com as conclusões do estudo de Kalata, Kamange e Muula (2013), em que existe uma taxa de adesão de 23% às medidas de higiene das mãos pelos médicos e estudantes de medicina de um hospital em Malawi, podemos refletir que existe uma adesão significativamente maior em Portugal.

De acordo com as conclusões do estudo de Ng, Shaban e Mortel (2017), existe ainda uma necessidade de reforço de formação a médicos e enfermeiros referente à higiene das mãos, onde a segurança pessoal acaba por ser o maior motivo de cumprimento desta prática. No estudo de Lydon et al. (2019), existe uma relação entre no cumprimento das medidas de higienização das mãos e a capacidade e motivação do profissional. Este estudo defende que o foco das intervenções deve ser o aumento da capacidade, através de treino e

identificação das dificuldades na execução, e o aumento da motivação deve ser conseguido através do trabalho em equipa na adoção de comportamentos de higienização das mãos e consequente reflexão na prática dos enfermeiros com mais experiência.

No estudo de Kalata, Kamange e Muula (2013), o esquecimento, a inexistência de SABA e a negligência foram os principais motivos de não cumprimento da higiene das mãos. No estudo de Graveto et al. (2018), 82% dos enfermeiros inquiridos sobre o procedimento de higiene das mãos considera que no seu serviço a adesão dos restantes enfermeiros é superior a 75%, crescendo para 90% a percentagem de enfermeiros que refere cumprir o procedimento. Em relação aos momentos de higiene das mãos, o momento “após contacto com o ambiente envolvente do doente” foi o momento com menor taxa de adesão, com 44% dos inquiridos a afirmarem que cumprem o mesmo. Em relação aos fatores influenciadores da adesão a este procedimento, o mesmo estudo aponta para motivos físicos e estruturais (falta de lavatórios ou dispensadores), gestão de tempo, desadequação de material clínico, baixas dotações e volume de trabalho. O facto de o esquecimento também ser um dos motivos apontados pela amostra deste estudo reitera que existe uma componente pessoal nos fatores de adesão.

Relativamente à utilização de luvas, no Relatório do PPCIRA de 2021 (DGS, 2022c), entre 2015 e 2020 foi verificado um aumento do cumprimento das práticas em 7,1%, bem como nos três padrões monitorizados: seleção/colocação (em 3,0%); uso/substituição (em 11,7%) e a remoção das luvas (em 10,9%). Isto significa que, em 2020, o cumprimento do uso de luvas era de 89,5%, com valores de 88,9%, 84,1% e 95,2% nos momentos de seleção/colocação, uso/substituição e remoção, respetivamente.

Apesar de ser visível que os valores nacionais retratam uma taxa de cumprimento com evolução favorável e expressiva, é necessário compreender que pode não retratar a realidade da totalidade das instituições de saúde, públicas e privadas, hospitalares ou agrupamentos de centros de saúde, ou unidades de cuidados continuados integrados. Williams et al. (2019) referem que a adesão dos profissionais de saúde às medidas de prevenção e controlo de infeção é universalmente baixa e diretamente associada à transmissão de IACS.

Medidas como garantir o fornecimento de SABA, de sabão líquido e de toalhetes das mãos, bem como o incentivo dos profissionais a estas práticas são consideradas fundamentais, sendo o trabalho a nível da gestão extremamente relevante também. A falta de recursos e a dificuldade de acessibilidade aos mesmos afetam diretamente a taxa de cumprimento dos profissionais às PBCI (DGS, 2016).

A evolução da taxa global de cumprimento da higiene das mãos por parte dos profissionais de saúde portugueses, entre 2019-2020, é muito positiva, sendo os valores referentes a 2020 influenciados pelo contexto pandémico (DGS, 2022c). Segundo este relatório, existe uma esperança de que este indicador se mantenha em crescendo, como um legado positivo da pandemia COVID-19, havendo neste relatório menção, também, a um aumento do consumo de SABA nos hospitais públicos, hospitais privados, unidades de cuidados continuados e cuidados de saúde primários, bem como um significativo aumento de ações de formação para todos os grupos profissionais

Assim, pode-se concluir que os motivos da não adesão dos profissionais de saúde às PBCI são variados, podendo estar relacionados com a formação, com a disponibilidade de recursos, com a motivação profissional ou com a unidade de saúde. Existe, assim, uma necessidade de correção das causas e implementação de medidas de reforço para a adoção de estratégias que diminuam a taxa de IACS e as consequências que daí advêm, sendo extremamente importante a colaboração dos órgãos de gestão das instituições.

## 2. ASPETOS METODOLÓGICOS

Neste capítulo, estão refletidos os aspetos metodológicos do estudo, constando em primeiro lugar o desenho do estudo e as diferentes fases do mesmo. Posteriormente, são mencionados os objetivos do estudo, os gerais e os específicos, abordando também a questão de investigação colocada. É definida também a população e amostra do estudo, constando neste subcapítulo os critérios de inclusão e de exclusão. Os instrumentos do estudo são mencionados, sendo feita a explicação do uso dos mesmos, mencionando ainda os procedimentos formais e éticos e a forma de tratamento dos dados do estudo.

### 2.1. DESENHO DO ESTUDO

Este estudo quantitativo desenvolveu-se, assim, em três fases.

Numa primeira fase, foi realizado um *focus group* com elementos da equipa multidisciplinar, participando três enfermeiros e três auxiliares de ação médica, que foram escolhidos mediante a disponibilidade e de acordo com o seu tempo de serviço. De acordo com Silva, Veloso e Keating (2014), o número de elementos escolhido é um número aceitável para obter uma perspetiva transversal e enriquecer as intervenções de grupo. A reunião foi realizada após consentimento informado e esclarecido dos participantes (Apêndice 3) seguindo um guião (Apêndice 4), onde foram abordados os seguintes temas: adesão dos profissionais aos 5 momentos de lavagem das mãos, relação entre as taxas de cumprimento e a categoria profissional, cumprimento da técnica de lavagem/fricção das mãos, utilização adequada de EPI, cumprimento das precauções básicas de controlo de infeção e, por fim, qual a estratégia defendida para implementar na equipa.

As conclusões deste *focus group* foram: a) Não há adesão significativa aos 5 momentos de lavagem das mãos pela equipa, sendo o momento “antes do contacto com o doente” o que consideravam mais problemático ao nível da higiene das mãos; b) os enfermeiros têm uma taxa de cumprimento mais elevada; c) não existe uma utilização adequada de EPI, havendo concomitantemente uma utilização excessiva de EPI (não necessários a determinados procedimentos) e defeituosa (necessários, mas não utilizados); d) em relação ao uso de luvas, foram apontados como motivos da não utilização correta das mesmas o elevado volume de solicitações ao longo do turno e a falta de conhecimentos sobre o tema; e) não existe uma preocupação dos profissionais com as medidas de prevenção e controlo de infeção na equipa; f) a medida defendida para ultrapassar as problemáticas abordadas foi a formação à equipa e posterior acompanhamento, monitorização e avaliação dos resultados, de forma a acompanhar e motivar as equipas sobre esta temática. Concluiu-se

assim que a estratégia mais adequada a implementar para promover a melhoria e qualidade dos cuidados é a formação.

A fase seguinte do estudo foi a realização de *workshops* cujo título foi “Medidas de prevenção e controlo de infeção” (Apêndice 5). As sessões foram realizadas aos enfermeiros e auxiliares de ação médica, em diferentes momentos, de forma a abranger toda a equipa, em formato presencial. Os objetivos deste *workshop* foram: contextualizar o conteúdo das normas da DGS referentes às precauções básicas no controlo de infeções (DGS, 2013), ao uso e gestão de luvas nas unidades de saúde (DGS, 2015) e à higiene das mãos nas unidades de saúde (DGS, 2019); recordar a cadeia de transmissão das infeções; enunciar os itens relevantes das normas da DGS referentes à lavagem das mãos e aos cinco momentos; demonstrar a técnica correta de lavagem e fricção das mãos; abordar o uso adequado de EPI, dando ênfase à utilização correta de luvas; demonstrar a correta colocação e remoção de luvas; esclarecer dúvidas dos participantes.

A última fase do estudo foi a observação de comportamentos, através da aplicação das grelhas de observação “Formulário de Observação da Higiene das Mãos”, da OMS (Anexo 1), e “Formulário de Observação do Uso de Luvas nas Unidades de Saúde”, da DGS (Anexo 2), durante sessenta dias após a realização dos *workshops*, aos enfermeiros e auxiliares de ação médica do serviço com o objetivo de avaliar o impacto da implementação da formação (*workshop*) sobre medidas de prevenção e controlo de infeção no aumento da adesão aos momentos de higiene das mãos e na utilização de equipamentos de proteção individual, numa equipa de enfermeiros e auxiliares de ação médica, num serviço de internamento médico-cirúrgico.

## 2.2. OBJETIVOS E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

O estudo tem como **objetivo geral** avaliar o impacto da implementação da formação (*workshop*) sobre medidas de prevenção e controlo de infeção no aumento da adesão aos momentos de higiene das mãos e na utilização de equipamentos de proteção individual, numa equipa de enfermeiros e auxiliares de ação médica, num serviço de internamento médico-cirúrgico.

Relativamente aos **objetivos específicos**, estes foram: identificar quais são as medidas de prevenção e controlo de infeção menos implementadas; realizar um *workshop* sobre as medidas de prevenção e controlo da infeção; apurar o nível de implementação das medidas dentro da equipa, após o *workshop*.

Este estudo tem como **questão de investigação** “A estratégia definida pela equipa tem impacto no aumento da adesão aos momentos de higiene das mãos e na utilização de

equipamentos de proteção individual, numa equipa de enfermeiros e auxiliares de ação médica, num serviço de internamento médico-cirúrgico?

### 2.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA

O presente estudo foi aplicado num serviço de internamento médico-cirúrgico de um hospital privado, numa equipa multidisciplinar. A população do estudo diz respeito aos enfermeiros e auxiliares de ação médica dessa unidade hospitalar, sendo a amostra constituída pelos vinte e seis enfermeiros e vinte e um auxiliares de ação médica que prestam cuidados neste serviço. Os critérios de inclusão foram: enfermeiros e auxiliares de ação médica que desempenhem funções no serviço referente ao estudo e que apresentem consentimento livre, expresso e informado na participação do estudo. Os critérios de exclusão foram: menores de 18 anos, profissionais que não sejam enfermeiros ou auxiliares de ação médica, profissionais que se recusem a participar no estudo.

Devido ao facto de as observações realizadas terem sido feitas nos turnos de manhã, existiram profissionais avaliados em mais do que uma oportunidade e, também, profissionais que não foi possível avaliar.

### 2.4. INSTRUMENTOS

Os instrumentos utilizados dizem respeito a formulários divulgados pela DGS para monitorização dos itens avaliados no presente estudo, como sejam, o “Formulário de Observação da Higiene das Mãos” (Anexo 1) e o “Formulário de Observação do Uso de Luvas nas Unidades de Saúde” (Anexo 2).

Em relação ao “Formulário de Observação da Higiene das Mãos”, neste documento constam as oportunidades de indicação de higiene das mãos que são observadas como sejam “antes do contacto com o doente”, “antes de um procedimento asséptico”, “após risco de exposição a sangue e fluídos corporais”, “após o contacto com o doente”, “após o contacto com o ambiente envolvente do doente”. Constam também as diferentes possibilidades de ação que o observador deve assinalar: “fricção”, “lavagem”, “não realizado” ou “luvas”. Cada oportunidade é definida por pelo menos uma indicação e as ações realizadas ou não realizadas são registadas no contexto de cada oportunidade. Cada momento de recolha de dados é definido pela categoria profissional dos profissionais que estão a ser observados, pelo número de profissionais da mesma categoria observados no mesmo período e identificada a sessão com data e duração. Para o objetivo deste estudo, serão contabilizadas as ações em proporção às oportunidades, chegando assim ao cálculo da percentagem de adesão total, de acordo com a categoria profissional e de acordo com

o momento de higiene das mãos, através da aplicação da fórmula “ações” a dividir pelo “número total de oportunidades” a multiplicar por 100.

No “Formulário de Observação do Uso de Luvas nas Unidades de Saúde”, as observações são agrupadas em relação à “seleção/colocação das luvas”, “uso/substituição das luvas” e “remoção das luvas”, num total de dezassete itens a avaliar como “Sim”, “Não” ou “Não Aplicável”, de acordo com a categoria profissional. Os itens são: “Seleciona as luvas adequadas ao procedimento”, “Higieniza as mãos antes de colocar as luvas”, “Coloca as luvas imediatamente antes de iniciar o procedimento”, “Coloca as luvas com técnica adequada garantindo a sua não contaminação”, “Utiliza duplo par de luvas em situação de risco particularmente elevado”, “Utiliza luvas de punho alto e/ou cobre a bata com a luva em situação de elevado risco de exposição a fluidos orgânicos”, “Utiliza luvas limpas descartáveis na exposição direta”, “Utiliza luvas limpas descartáveis na exposição indireta”, “utiliza luvas esterilizadas em procedimento invasivo/cirúrgico”, “Utiliza luvas reutilizáveis de uso individual em procedimentos de descontaminação ambiental/DM”, “Troca de luvas entre procedimentos no mesmo doente”, “Retira as luvas após o procedimento”, “Toca no ambiente envolvente (superfícies, materiais e equipamentos) sem luvas”, “Remove as luvas com técnica adequada, prevenindo a sua contaminação e do ambiente”, “Remove as luvas pela ordem indicada quando utilizadas conjuntamente com outros EPI”, “Descarta as luvas de acordo com a norma interna de triagem dos resíduos” e “Higieniza as mãos imediatamente após a remoção das luvas”.

De acordo com o “Guia Auxiliar: Observação do Uso de Luvas nos Cuidados de Saúde” (Anexo 3), são assim calculados os IQ, através do proporcional entre as respostas “Sim” e o total de respostas aplicáveis multiplicado por 100. É calculado, então, o diferencial do IQ total da equipa, o IQ dos enfermeiros, o IQ dos auxiliares de ação médica e o IQ de acordo com os momentos: “seleção/colocação das luvas”, “uso/substituição das luvas” e “remoção das luvas”.

## 2.5. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

O estudo mereceu parecer favorável da Comissão de Ética do Politécnico de Leiria (Anexo 4) e foi autorizado pela Gestão de Unidade e Direção Clínica da instituição (Anexo 5) onde foi aplicado. Todos os participantes do estudo assinaram o consentimento informado e esclarecido (Apêndice 6), tendo sido esclarecidos sobre o objetivo do estudo, sobre o anonimato e voluntariedade na participação do mesmo.

## 2.6. TRATAMENTO DE DADOS

Os dados recolhidos neste estudo foram tratados de acordo com as indicações dos guiões de utilização dos formulários utilizados, tendo sido utilizada a estatística descritiva, nomeadamente frequências relativas e absolutas, com o aplicativo Microsoft Excel®.

### 3. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Durante sessenta dias após a realização dos *workshops*, foram realizadas observações aos enfermeiros e auxiliares de ação médica do serviço, por um observador. Neste período de tempo, foram colhidos dados em 14 sessões (em 14 diferentes dias durante o mês de julho de 2022 e agosto de 2022), não tendo sido excedidos 15 minutos em cada sessão. As observações foram realizadas no âmbito da prestação de cuidados, sem interferir com o habitual funcionamento do serviço e durante o turno da manhã, sendo os dias escolhidos para o efeito os mais convenientes ao observador. Durante este período de observação, no âmbito da observação da higiene das mãos, foram observadas 78 oportunidades de indicação de higiene das mãos, das quais 50 ocorreram com os enfermeiros e 28 com os auxiliares de ação médica. Em relação à observação do uso de luvas, foram observados 18 momentos de uso de luvas com enfermeiros e 14 momentos com auxiliares de ação médica, conforme consta na Tabela 1.

**Tabela 1 – Sessões de observação da higiene das mãos e do uso de luvas aos enfermeiros e auxiliares de ação médica do serviço**

Sessões	Oportunidades Higiene das mãos		Observação uso de luvas	
	Enfermeiros	Auxiliares de ação médica	Enfermeiros	Auxiliares de ação médica
1	0	12	0	0
2	22	0	0	0
3	0	0	4	1
4	4	4	0	0
5	0	3	0	0
6	0	0	1	4
7	0	0	3	2
8	14	1	0	0
9	8	3	0	0
10	2	5	0	0
11	0	0	3	2
12	0	0	4	1
13	0	0	2	3
14	0	0	1	1
<b>SUB TOTAL</b>	50	28	18	14
<b>TOTAL</b>	78		32	

No âmbito da observação da higiene das mãos, as 78 oportunidades observadas de higiene das mãos geraram 53 ações (fricção ou lavagem das mãos), contabilizando assim uma adesão da equipa de 67,9% aos 5 momentos de higiene das mãos (Tabela 2). A adesão dos profissionais aos 5 diferentes momentos de higiene das mãos também é díspar, entre cada momento e entre cada categoria profissional, sendo o momento “após o contacto com o doente” o que tem mais adesão por parte da equipa (80%). O momento “após contacto com o ambiente envolvente do doente” tem uma adesão de 71,4%, o momento “antes de um procedimento assético” tem uma adesão de 66,7%, o momento “antes do contacto com

o doente” tem uma adesão de 63,6%, e o momento “após risco de exposição a sangue e fluidos corporais” tem uma adesão de 50%.

**Tabela 2 – Adesão dos profissionais aos cinco momentos de higiene das mãos**

Momentos Higiene Mãos	Fricção	Lavagem	Total Ações	Não realizado	Luvas	Total Oportunidades	Adesão
Antes doente	21	0	21	10	2	33	63,6%
Antes asset.	2	0	2	1	0	3	66,7%
Após sg. fluid.	4	1	5	2	3	10	50%
Após doente	18	2	20	4	1	25	80%
Após sup.	5	0	5	1	1	7	71,4%
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>3</b>	<b>53</b>	<b>18</b>	<b>7</b>	<b>78</b>	<b>67,9%</b>

Dentro destes valores, é possível distinguir as duas categorias profissionais avaliadas, sendo que a adesão dos enfermeiros é de 84%, onde em 50 oportunidades foram observadas 42 ações (Tabela 3), enquanto a dos auxiliares de ação médica é de 39%, tendo sido observadas 11 ações dentro de 28 oportunidades (tabela 4). Este resultado vai ao encontro dos resultados de Fonseca (2020), de Gomes e Passos (2020) e de Santos (2020), onde os enfermeiros tiveram também taxas de adesão superiores comparadas com outros profissionais de saúde.

Analisando os dados que constam na Tabela 3, em relação aos enfermeiros, o momento com menor percentagem de adesão é o momento “após risco de exposição a sangue e fluidos corporais”, com uma adesão de 75%, seguindo-se do momento “após contacto com o doente” com 81% e do momento “antes do contacto com o doente” com 86%. Os enfermeiros apresentaram 100% de adesão aos momentos “antes de um procedimento assético” e “após contacto com o ambiente envolvente do doente”. Em relação aos auxiliares de ação médica, de acordo com o exposto na tabela 4, o momento mais crítico é o momento “antes de um procedimento assético” com 0% de adesão, seguindo-se do momento “antes do contacto com o doente” com 25% e do momento “após risco de exposição a sangue e fluidos corporais” com 33%. O momento “após contacto com o ambiente envolvente do doente” tem uma adesão de 60% e o momento “após o contacto com o doente” tem 75% de adesão.

**Tabela 3 – Adesão dos enfermeiros aos cinco momentos de higiene das mãos**

Momentos Higiene Mãos	Fricção	Lavagem	Total Ações	Não realizado	Luvas	Total Oportunidades	Adesão
Antes doente	18	0	18	2	1	21	85,7%
Antes asset.	2	0	2	0	0	2	100%
Após sg. fluid.	2	1	3	1	0	4	75%
Após doente	15	2	17	3	1	21	80,9%
Após sup.	2	0	2	0	0	2	100%
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>3</b>	<b>42</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>50</b>	<b>84%</b>

**Tabela 4 – Adesão dos auxiliares de ação médica aos cinco momentos de higiene das mãos**

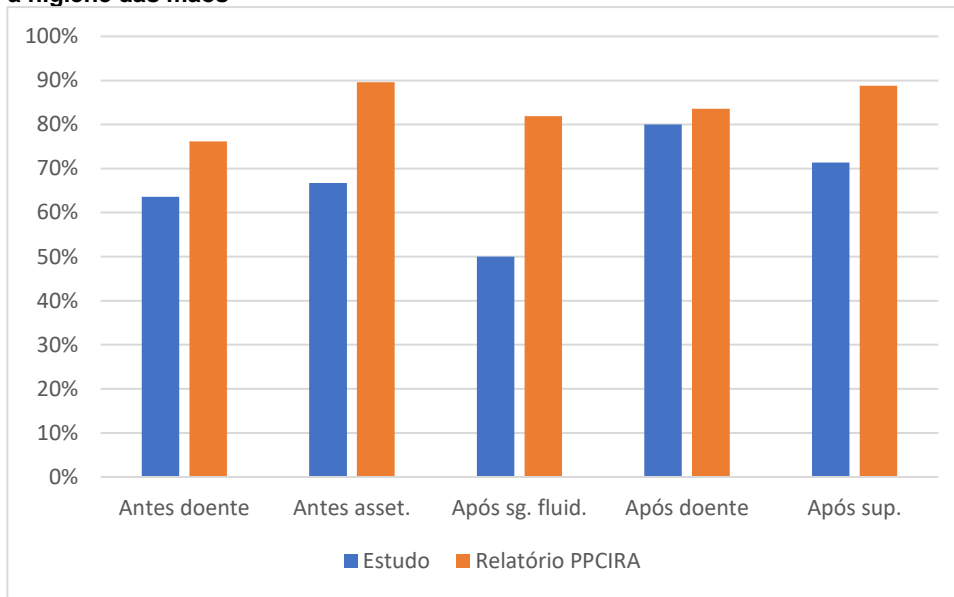
Momentos Higiene Mãos	Fricção	Lavagem	Total Ações	Não realizado	Luvas	Total Oportunidades	Adesão
Antes doente	3	0	3	8	1	12	25%
Antes asset.	0	0	0	1	0	1	0%
Após sg. fluid.	2	0	2	1	3	6	33,3%
Após doente	3	0	3	1	0	4	75%
Após sup.	3	0	3	1	1	5	60%
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>0</b>	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>5</b>	<b>28</b>	<b>39,3%</b>

Face a estes resultados, é possível concluir que a taxa de cumprimento global aos 5 momentos de higiene das mãos é significativamente inferior quando comparado com os valores nacionais do último relatório do PPCIRA (DGS, 2022c). Existe assim uma diferença de 15% nos resultados do presente estudo e do relatório do PPCIRA (Gráfico 1), não deixando de ser importante refletir sobre o percurso do PPCIRA em Portugal nos últimos anos e no quanto os valores de cumprimento têm evoluído positivamente. Quando comparados aos resultados do estudo de Fonseca (2020), cuja taxa de adesão foi de 64,02% ou com os diferentes estudos que Gomes e Passos (2020) analisaram, onde a adesão à higiene das mãos está aquém de 50% pelos profissionais de saúde, pode-se verificar que existem diferenças significativas em todos os estudos comparados com os últimos resultados do PPCIRA, e onde os resultados deste estudo se posicionam mais favoravelmente.

Continuando a comparar os resultados com o último relatório do PPCIRA (DGS, 2022c) as diferenças de cumprimento em cada momento de higiene das mãos não são semelhantes, onde neste estudo o momento com menor taxa de adesão é o momento “após risco de exposição a sangue e fluidos corporais”, enquanto os dados nacionais do PPCIRA mencionam que o momento de menor adesão é o primeiro momento: “antes do contacto com o doente”. O momento de maior adesão avaliado neste estudo foi o momento “após contacto com o doente”, diferindo também dos dados nacionais, que retratam o momento “antes de um procedimento assético” como o momento de maior adesão pelos profissionais na higiene das mãos.

Existe também diferença com o estudo de Gomes e Passos (2020) onde há menor adesão nas ações classificadas como “antes” (antes do contacto ou do procedimento assético) comparativamente com as ações de “após” (após o contacto ou após os procedimentos), de acordo com as conclusões dos estudos que foram analisados nesta revisão integrativa.

**Gráfico 1 - Comparação dos dados do presente estudo com os dados do Relatório do PPCIRA 2021, referente à higiene das mãos**



Pode-se refletir sobre o eventual motivo da maior adesão neste momento de higiene das mãos, “após contacto com o doente”, com umas das conclusões do estudo de Ng et al. (2017) que refere que a segurança pessoal acaba por ser o maior motivo que leva ao cumprimento deste procedimento, defendendo que existe uma necessidade de reforço de formação a médicos e enfermeiros no que respeita à higiene das mãos. Lydon et al. (2019) defendem que devem ser fomentadas as capacidades dos profissionais através de treino e identificação de dificuldades na execução, bem como a motivação dos profissionais, apontando para causas humanas os motivos da adesão ao procedimento de higiene das mãos. Kalata et al. (2013) também acrescentam a inexistência de soluções alcoólicas como barreira à adesão, bem como Graveto et al. (2018), que além dos motivos físicos e estruturais ainda acrescentam a gestão de tempo, desadequação de material clínico, baixas dotações e volume de trabalho como fatores influenciadores na adesão à higiene das mãos. Assim, cabe à instituição garantir o fornecimento adequado de solução alcoólica, de sabão líquido e de toalhetes das mãos, bem como o incentivo dos profissionais a estas práticas (DGS, 2016), seguindo a realidade nacional e o legado positivo da pandemia, em termos de aumento do uso de SABA e de ações de formação para todos os grupos profissionais (DGS, 2022c).

De acordo com as conclusões do estudo de Cabrita (2017), aspetos relacionados com a dimensão da “Avaliação e Feedback” e “Liderança e Alertas Formais” foram apontados como as maiores barreiras para a adesão à higiene das mãos, sendo inequívoco o impacto significativo que os gestores intermédios têm na performance das equipas.

Em relação ao uso de luvas, as 32 avaliações realizadas aos enfermeiros e auxiliares de ação médica geraram 368 momentos de avaliação aplicável, dos quais os profissionais cumpriram 283. Isto significa que a equipa tem um IQ de 76,9% no que respeita ao uso de luvas. Em relação aos três momentos de avaliação do uso de luvas, nomeadamente, na seleção/colocação, no uso/substituição e na remoção de luvas, os profissionais apresentaram um IQ de 76,2%, 69,8% e 85,3% respetivamente, como apresentado na Tabela 5.

**Tabela 5 – IQ no uso de luvas pelos profissionais**

	Ações	Sim	Não	Total Aplicável	Não aplicável	IQ
Seleção/Colocação	“1- Seleciona as luvas adequadas ao procedimento”	29	3	32	0	90,6%
	“2- Higieniza as mãos antes de colocar as luvas”	15	16	31	1	48,4%
	“3- Coloca as luvas imediatamente antes de iniciar o procedimento”	22	10	32	0	68,8%
	“4- Coloca as luvas com técnica adequada garantindo a sua não contaminação”	29	1	30	2	96,7%
	“5- Utiliza duplo par de luvas em situação de risco particularmente elevado”	1	0	1	31	100%
	“6- Utiliza luvas de punho alto e/ou cobre a bata com a luva em situação de elevado risco de exposição a fluidos orgânicos”	0	0	0	32	---
	<b>SUB TOTAL</b>	<b>96</b>	<b>--</b>	<b>126</b>	<b>---</b>	<b>76,2%</b>
Uso/Substituição	“7- Utiliza luvas limpas descartáveis na exposição direta”	29	3	32	0	90,6%
	“8- Utiliza luvas limpas descartáveis na exposição indireta”	15	5	20	12	75%
	“9- Utiliza luvas esterilizadas em procedimento invasivo/cirúrgico”	1	0	1	31	100%
	“10- Utiliza luvas reutilizáveis de uso individual em procedimento de descontaminação ambiental/DM”	1	0	1	31	100%
	“11- Troca de luvas entre procedimentos no mesmo doente”	7	6	13	19	53,8%
	“12- Retira as luvas após o procedimento”	16	14	30	2	53,3%
	“13- Toca no ambiente envolvente (superfícies, materiais e equipamentos)”	19	10	29	3	65,5%
	<b>SUB TOTAL</b>	<b>88</b>	<b>---</b>	<b>126</b>	<b>---</b>	<b>69,8</b>
Remoção	“14- Remove as luvas com técnica adequada, prevenindo a sua contaminação e do ambiente”	26	3	29	3	89,7%
	“15- Remove as luvas pela ordem indicada, quando utilizadas conjuntamente com outros EPIs”	23	6	29	3	79,3%
	“16- Descarta as luvas de acordo com a norma interna de triagem de resíduos”	29	0	29	3	100%
	“17- Higieniza as mãos imediatamente após a remoção das luvas”	21	8	29	3	72,4%
	<b>SUB TOTAL</b>	<b>99</b>	<b>---</b>	<b>116</b>	<b>---</b>	<b>85,3%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>283</b>	<b>---</b>	<b>368</b>	<b>---</b>	<b>76,9%</b>	

Os enfermeiros apresentaram um IQ de 81,3%, tendo sido avaliados em 192 momentos de avaliação aplicável, cumprindo positivamente 156 (Tabela 6). Os auxiliares de ação médica têm, por sua vez, um IQ de 72,2%, tendo cumprido positivamente 127 dos 176 momentos de avaliação aplicável (Tabela 7). No momento de seleção/colocação de luvas, o IQ dos enfermeiros foi de 77,1%, onde foram cumpridos 54 dos 70 itens avaliados. No caso dos

auxiliares de ação médica, o IQ neste momento foi de 75% onde foram cumpridos 96 dos 126 itens avaliados. No uso/substituição de luvas, os enfermeiros apresentaram um IQ de 72,5%, cumprindo 45 dos 62 itens avaliados, e os auxiliares de ação médica 67,2%, cumprindo 43 dos 64 itens avaliados. Por último, relativamente à remoção de luvas, os enfermeiros apresentaram um IQ de 95%, cumprindo 57 dos 60 itens avaliados, enquanto os auxiliares de ação médica cumpriram 42 dos 56 itens, perfazendo um IQ de 75%.

**Tabela 6 – IQ no uso de luvas pelos enfermeiros**

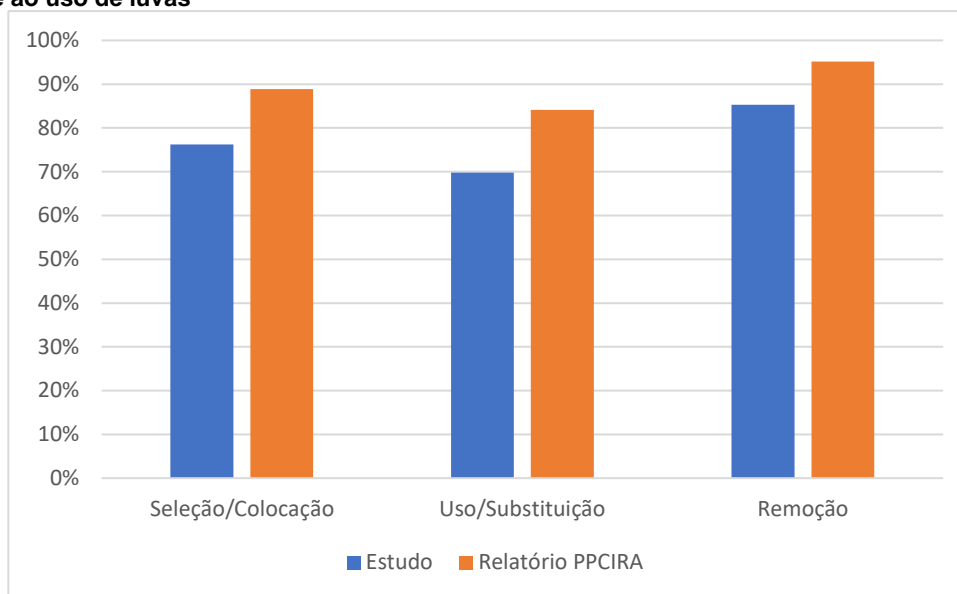
	Ações	Sim	Não	Total Aplicável	Não aplicável	IQ
Seleção/Colocação	“1- Seleciona as luvas adequadas ao procedimento”	15	3	18	0	83,3%
	“2- Higieniza as mãos antes de colocar as luvas”	11	6	17	1	64,7%
	“3- Coloca as luvas imediatamente antes de iniciar o procedimento”	12	6	18	0	66,7%
	“4- Coloca as luvas com técnica adequada garantindo a sua não contaminação”	15	1	16	2	93,8%
	“5- Utiliza duplo par de luvas em situação de risco particularmente elevado”	1	0	1	17	100
	“6- Utiliza luvas de punho alto e/ou cobre a bata com a luva em situação de elevado risco de exposição a fluidos orgânicos”	0	0	0	18	---
	<b>SUB TOTAL</b>	<b>54</b>	<b>--</b>	<b>70</b>	<b>---</b>	<b>77,1%</b>
Uso/Substituição	“7- Utiliza luvas limpas descartáveis na exposição direta”	15	3	18	0	83,3%
	“8- Utiliza luvas limpas descartáveis na exposição indireta”	2	5	7	11	28,6%
	“9- Utiliza luvas esterilizadas em procedimento invasivo/cirúrgico”	1	0	1	17	100%
	“10- Utiliza luvas reutilizáveis de uso individual em procedimento de descontaminação ambiental/DM”	1	0	1	17	100%
	“11- Troca de luvas entre procedimentos no mesmo doente”	4	0	4	14	100%
	“12- Retira as luvas após o procedimento”	11	5	16	2	68,8%
	“13- Toca no ambiente envolvente (superfícies, materiais e equipamentos)”	11	4	15	3	73,3%
	<b>SUB TOTAL</b>	<b>45</b>	<b>---</b>	<b>62</b>	<b>---</b>	<b>75,6%</b>
Remoção	“14- Remove as luvas com técnica adequada, prevenindo a sua contaminação e do ambiente”	15	0	15	3	100%
	“15- Remove as luvas pela ordem indicada, quando utilizadas conjuntamente com outros EPIs”	14	1	15	3	93,3%
	“16- Descarta as luvas de acordo com a norma interna de triagem de resíduos”	15	0	15	3	100%
	“17- Higieniza as mãos imediatamente após a remoção das luvas”	13	2	15	3	86,7%
	<b>SUB TOTAL</b>	<b>57</b>	<b>---</b>	<b>60</b>	<b>---</b>	<b>95%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>156</b>	<b>---</b>	<b>192</b>	<b>---</b>	<b>81,3%</b>	

**Tabela 7 – IQ no uso de luvas pelos auxiliares de ação médica**

	Ações	Sim	Não	Total Aplicável	Não aplicável	IQ
Seleção/Colocação	“1- Seleciona as luvas adequadas ao procedimento”	14	0	14	0	100%
	“2- Higieniza as mãos antes de colocar as luvas”	4	10	14	0	28,6%
	“3- Coloca as luvas imediatamente antes de iniciar o procedimento”	10	4	14	0	71,4%
	“4- Coloca as luvas com técnica adequada garantindo a sua não contaminação”	14	0	14	0	100%
	“5- Utiliza duplo par de luvas em situação de risco particularmente elevado”	0	0	0	14	---
	“6- Utiliza luvas de punho alto e/ou cobre a bata com a luva em situação de elevado risco de exposição a fluidos orgânicos”	0	0	0	14	---
	<b>SUB TOTAL</b>	<b>42</b>	<b>--</b>	<b>56</b>	<b>---</b>	<b>75%</b>
Uso/Substituição	“7- Utiliza luvas limpas descartáveis na exposição direta”	14	0	14	0	100%
	“8- Utiliza luvas limpas descartáveis na exposição indireta”	13	0	13	1	100%
	“9- Utiliza luvas esterilizadas em procedimento invasivo/cirúrgico”	0	0	0	14	---
	“10- Utiliza luvas reutilizáveis de uso individual em procedimento de descontaminação ambiental/DM”	0	0	0	14	---
	“11- Troca de luvas entre procedimentos no mesmo doente”	3	6	9	5	33,3%
	“12- Retira as luvas após o procedimento”	5	9	14	0	35,7%
	“13- Toca no ambiente envolvente (superfícies, materiais e equipamentos)”	8	6	14	0	57,1%
	<b>SUB TOTAL</b>	<b>43</b>	<b>---</b>	<b>64</b>	<b>---</b>	<b>67,2%</b>
Remoção	“14- Remove as luvas com técnica adequada, prevenindo a sua contaminação e do ambiente”	11	3	14	0	78,6%
	“15- Remove as luvas pela ordem indicada, quando utilizadas conjuntamente com outros EPIs”	9	5	14	0	64,3%
	“16- Descarta as luvas de acordo com a norma interna de triagem de resíduos”	14	0	14	0	100%
	“17- Higieniza as mãos imediatamente após a remoção das luvas”	8	6	14	0	57,1%
	<b>SUB TOTAL</b>	<b>42</b>	<b>---</b>	<b>56</b>	<b>---</b>	<b>75%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>127</b>	<b>---</b>	<b>176</b>	<b>---</b>	<b>72,2%</b>	

Fazendo a comparação com os dados nacionais que constam no relatório do PPCIRA (DGS, 2022c), é possível concluir que existe um menor IQ no uso de luvas avaliado neste estudo, diferindo em praticamente 10% com a realidade nacional. Existe semelhança em ambos os estudos na relação dos níveis de cumprimento entre a seleção/colocação de luvas, o uso/substituição de luvas e a sua remoção, onde o momento do uso/substituição é o momento com menor IQ, enquanto o momento de remoção se traduz com maior IQ nos dois estudos. Esta comparação encontra-se exposta no Gráfico 2.

**Gráfico 2 - Comparação dos dados do presente estudo com os dados do Relatório do PPCIRA 2021, referente ao uso de luvas**



Comparativamente ao estudo de Santos (2020), pode-se concluir que o presente estudo apresentou melhores resultados, no que respeita ao uso de luvas, visto que o IQ no uso de luvas desse estudo foi de 73,3%, tendo sido também a equipa de enfermagem que apresentou IQ superior.

Refletindo sobre o estudo de Jayasree e Afzal (2019) existe uma relação direta entre a redução das IACS e a adoção de medidas relacionadas com o uso adequado de EPI e higiene das mãos, pelo que o foco da equipa deve ser a melhoria contínua e a adoção de estratégias que aumentem a adesão às medidas de prevenção e controlo de infeção. De entre os 17 itens avaliados através da aplicação deste formulário, pode-se também concluir que é o momento “Higieniza as mãos antes de colocar as luvas” que tem menor adesão na equipa, sendo o momento com menor cumprimento quando analisamos apenas os auxiliares de ação médica. Por sua vez, o momento “Utiliza luvas limpas descartáveis na exposição indireta” é o mais crítico na equipa de enfermagem, com apenas 28,6% de cumprimento. Avaliando os IQ bem como o número de avaliações positivas, pode-se verificar também que o momento “Descarta as luvas de acordo com a norma interna de triagem de resíduos” tem um cumprimento rigoroso por ambas as equipas.

#### 4. CONCLUSÕES DO ESTUDO

As conclusões deste estudo foram bastante relevantes para avaliar o estado atual da equipa multidisciplinar no que respeita à adesão das medidas de prevenção e controlo de infeção nas três fases do estudo: numa fase inicial, em contexto de *focus group*; durante a realização dos *workshops* e no tratamento dos dados colhidos através dos formulários de observação.

As conclusões gerais do *focus group* apontaram como problema a adesão dos profissionais às PBCI, referindo como causas a falta de conhecimentos sobre o tema e, também, alguma despreocupação dos profissionais com as IACS. A formação e o acompanhamento foram estratégias que o *focus group* apontou como possíveis soluções a esta problemática.

É possível concluir, de acordo com os dados colhidos através dos formulários de observação, que quer as taxas de cumprimento de higiene das mãos quer os IQ do uso de luvas estão aquém dos resultados nacionais havendo, sem dúvida, uma necessidade de manter este tipo de formação e monitorização no serviço. Comparativamente a outros estudos, nacionais e internacionais, os resultados desde estudo acabam por ter um posicionamento superior, embora considere que a comparação com a realidade nacional, no âmbito do PPCIRA, seja mais adequada à definição de objetivos na equipa para resultados de estudos futuros. Considero que a continuidade de ações no serviço seja extremamente relevante, corrigindo os aspetos que as equipas possam referir como limitações ao cumprimento da higiene das mãos, como por exemplo motivos físicos e estruturais, gestão de tempo, desadequação de material clínico, baixas dotações e volume de trabalho ou, também, o défice de formação dos profissionais, sugerindo a aplicação da Escala “Barreiras à Adesão à Higiene das Mãos” (Pisoeiro, 2012), para que as barreiras sejam identificadas, corrigidas e ultrapassadas.

Concluo também que, dentro de duas categorias profissionais, o grupo de auxiliares de ação médica carece de maior acompanhamento, formação mais direcionada e esclarecida, justificada talvez pela falta de formação académica referente às medidas de prevenção e controlo de infeções. Os enfermeiros, quer neste estudo, quer nos outros enunciados, são os profissionais com maior taxa de adesão de higiene das mãos e IQ no uso de luvas, havendo necessidade de promover a partilha dos saberes e conhecimentos com os profissionais que tenham mais dificuldade, corrigindo *in loco* situações detetadas no âmbito do trabalho em equipa.

De acordo com os dados colhidos dos dois formulários aplicados, é na higiene das mãos que os resultados são mais preocupantes, havendo assim necessidade de focar mais esta

problemática, podendo ser equacionado no serviço o aumento de sinaléticas, a localização dos dispensadores de SABA e avaliação do número adequado dos mesmos. Há, de qualquer forma, necessidade de reforçar a continuidade do uso adequado de luvas e corrigir eventuais não conformidades que sejam avaliadas no decorrer da prestação de cuidados, mantendo os profissionais formados e esclarecidos sobre esta temática.

A monitorização, a auditoria através de observação e o feedback relativo às medidas de prevenção e controlo de infeção são essenciais à melhoria individual de cada profissional, bem como à alteração de comportamentos e, consecutivamente, ao aumento da adesão dos profissionais. Sem dúvida, este estudo foi o mote para a necessidade de ser implementada uma monitorização anual da adesão às PBCI, com conseqüente partilha e discussão dos resultados, alargando aos outros serviços da instituição e retirando daí conclusões sobre as necessidades de intervenção a nível institucional. Existe inclusivamente um projeto interno de inclusão da formação sobre PBCI no processo de integração de novos profissionais de saúde na instituição, sendo o mesmo iniciado no último trimestre deste ano e que tem como objetivo principal a formação e sensibilização dos novos profissionais da instituição, de forma a partilhar as políticas internas em termos de qualidade e segurança da pessoa.

Como limitações do estudo, posso mencionar a dimensão reduzida das observações em determinados parâmetros que foram avaliados poucas vezes, podendo influenciar resultados positiva ou negativamente pela sua baixa frequência. Assim, como melhoria futura, este estudo deverá incidir durante um período de tempo mais alargado e com um objetivo superior no número de oportunidades, de forma a conseguir abranger mais profissionais e mais momentos de avaliação. O facto de as sessões terem sido apenas realizadas no turno da manhã, também pode afetar a avaliação global dos resultados para a equipa visto haver profissionais que não realizam este turno e que, conseqüentemente, não foram observados.

Respondendo à questão de investigação “Uma estratégia definida pela própria equipa tem impacto no cumprimento de medidas de prevenção e controlo de infeção pelos profissionais de saúde?” posso responder que sim, tem impacto. Embora tenha tido impacto, pois os resultados não foram tão desanimadores quanto o *focus group* previu, considero que não seja suficiente uma só ação para poder alterar hábitos e comportamentos numa equipa, havendo, a meu ver, necessidade de manter ao longo do tempo as estratégias definidas, como sejam, a formação, monitorização e avaliação dos resultados.

## CONCLUSÃO DO RELATÓRIO

Através da realização deste relatório, foi possível a mobilização de competências no que respeita à capacidade reflexiva do percurso desenvolvido na prática especializada em enfermagem. Foi um processo de grande compromisso pessoal, visto a necessidade de ceder um vasto número de horas no desenvolvimento da capacidade de reflexão e investigação de forma a permitir expor adequadamente o que implicou realmente esta experiência para mim e para o meu processo de desenvolvimento profissional. Talvez tenha sido das maiores dificuldades que enfrentei, conseguir refletir em texto escrito o que efetivamente estas experiências significaram para mim, o que contribuíram para o meu percurso e o que consegui conquistar em termos de aquisição e desenvolvimento de competências, confrontando com a evidência recente e com os diferentes normativos.

Sou claramente uma pessoa diferente desde que iniciei este mestrado, em setembro de 2019. Foram três anos repletos de desafios pessoais e profissionais, com muita incerteza e imprevisibilidade, tendo havido uma pandemia que obrigou a inúmeras alterações nos planos e, no meu caso, também uma gravidez. Foram decisões difíceis de tomar, questionei-me muitas vezes se deveria realizar este percurso mais tardiamente, mas posso agora afirmar com certeza que, quer a decisão de prorrogar os EC para período posterior à licença de maternidade, de forma a proteger-me durante a gravidez, quer a decisão de continuar os estudos mesmo com um bebé com menos de um ano, foram decisões acertadas e que, implicando muitas mais dificuldades, contribuíram para que as estratégias adotadas para conseguir contornar as mesmas me permitissem desenvolver capacidades a nível da gestão de prioridades, organização de tempo e resiliência. Senti-me muitas vezes culpada por prescindir de tempo pessoal e familiar com vista a conseguir atingir os objetivos a que me propus, mas sem dúvida o sentimento de realização, no final desta etapa, é muito mais evidente e fez-me concluir que, apesar de tudo, consegui.

Relativamente às competências desenvolvidas, ao longo deste percurso fui mobilizando os novos saberes e as diferenciadas capacidades no meu contexto profissional, conseguindo assim atingir o meu objetivo principal em apostar na melhoria contínua pessoal e tornar-me melhor profissional. Considero que os profissionais com quem tive oportunidade de partilhar estas experiências tiveram também um papel muito importante, principalmente os enfermeiros orientadores, que cederam muitas vezes o seu tempo pessoal para partilharem comigo os seus saberes e para me acompanharem durante este percurso, mesmo após o término dos EC correspondentes.

As competências ao nível das metodologias de investigação foram de igual forma pertinentes ao meu processo de desenvolvimento profissional e essenciais à minha prática

especializada em enfermagem. Além de ter sido extremamente enriquecedor trabalhar sobre um problema do serviço onde presto cuidados, em que os resultados do estudo promoveram diversas intervenções no serviço e na instituição, melhorando inequivocamente a qualidade dos cuidados prestados, pude recordar e colocar em prática conhecimentos sobre metodologias de investigação e prática baseada na evidência. As capacidades técnicas a nível do tratamento de dados, utilizando aplicativos que acabam por ser uma ferramenta do meu dia-a-dia, permitiram-me mobilizar conhecimentos e potenciar capacidades,

Faço, assim, um balanço extremamente positivo deste mestrado, mesmo avaliando todas as cedências e vivências que prescindi para poder priorizar o meu percurso enquanto estudante, os ganhos que daí advieram foram sobreponíveis e estou convicta que os saberes, as competências e as capacidades que adquiri e desenvolvi nestes anos me tornaram uma melhor profissional e me irão acompanhar no meu futuro.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amaral, J., Ribeiro, J. & Paixão, D. (2015). Qualidade de Vida no Trabalho dos Profissionais de Enfermagem em Ambiente Hospitalar: Uma Revisão Integrativa. *Revista Espaço para a Saúde*. Volume 16. (1). Páginas 66-74. Retrieved from [https://espacoparasaude.fpp.edu.br/index.php/espacosauade/article/view/419/pdf\\_64](https://espacoparasaude.fpp.edu.br/index.php/espacosauade/article/view/419/pdf_64)
- American Heart Association (2020). Diretrizes de RCP e ACE. Página 1-32. Retrieved from [https://cpr.heart.org/-/media/cpr-files/cpr-guidelines-files/highlights/hghlghts\\_2020eccguidelines\\_portuguese.pdf](https://cpr.heart.org/-/media/cpr-files/cpr-guidelines-files/highlights/hghlghts_2020eccguidelines_portuguese.pdf)
- Andrade, C. (2016). Ambiente da Prática Profissional de Enfermagem – Impacte na Qualidade dos Cuidados de Saúde. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Retrieved from <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/17248>
- Anguita, M. V., Sanjuan-Quiles, Á., Ríos-Risquez, M. I., Valenzuela-Anguita, M. C., Juliá-Sanchis, R., & Montejano-Lozoya, R. (2019). Humanização dos cuidados de saúde no serviço de urgência: análise qualitativa baseada nas experiências dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência, Série IV* (23), páginas 59–68. Retrieved from [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0874-02832019000400007&lang=en%0Ahttp://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn23/serIVn23a07.pdf](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832019000400007&lang=en%0Ahttp://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn23/serIVn23a07.pdf)
- António, C. (2017). Gestão da dor no Serviço de Urgência: práticas dos enfermeiros. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Retrieved from <https://repositorio.esenfc.pt>
- Antunes, A. & Costa, M. (2022). “A pessoa em situação crítica com hemorragia digestiva alta, abordagem inicial no serviço de urgência uma revisão de escopo”. *Revista Ibero-Americana de Humanidade, Ciências e Educação*. Volume 8 (6). Páginas 549-580. Retrieved from <https://www.periodicorease.pro.br/rease/article/view/5946/2274>
- Azevedo, C, Sá, M. & Cunha, M. (2017). Racionalização e Construção de Sentido na Gestão do Cuidado: uma experiência de mudança em um hospital do SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*. Volume 22 (6). Páginas 1991-2002. Retrieved from <https://www.scielo.br/j/csc/a/ZJgyTgiGt8VpHd5v55bXdHB/?lang=pt&format=pdf>
- Bailas, C. (2016). Impacto do uso de sistemas de informação informatizados na carga global de trabalho dos enfermeiros. Escola Superior de Enfermagem do Porto. Retrieved from <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/17135/1/Tese%20Marisa%20Bailas.pdf>
- Bernard, L., Biron, A. & Lavigne, G. (2018). An exploratory study of safety culture, biological risk management and hand hygiene of healthcare professionals. *Journal of Advanced Nursing*. Volume 74 (4) Páginas 827–837. <https://doi.org/10.1111/jan.13500>
- Bittencourt, A., Quintana, A. & Velho, M. (2011). A perda do filho: luto e doação de órgãos. *Estudos de Psicologia (Campinas)*. Volume 28 (4) Páginas 435-442. Retrieved from <https://www.scielo.br/j/estpsi/a/rrPx3TrVLY5TwmQ4fPYvQJ/>
- Borges, D. (2015). A comunicação com a família em contexto de cuidados intensivos. Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Retrieved from [http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/1346/1/Diana\\_Borges.pdf](http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/1346/1/Diana_Borges.pdf)
- Cabrita, R. (2017). Fatores que dificultam a adesão dos profissionais de saúde às boas práticas de higiene das mãos. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Retrieved from [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/19145/1/dissertacao\\_raquel\\_cabrita.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/19145/1/dissertacao_raquel_cabrita.pdf)
- Campos, S. (2014). Necessidades da Família em Cuidados Intensivos: Tradução, adaptação e validação do instrumento Critical Care Family Needs Inventory. Universidade do Porto. Retrieved from <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/77954>
- Carrico, R., Rebmann, T. & English, J. (2008). Infection prevention and control competencies for hospital-based health care personnel. *Am J Infect Control*. Volume 36 (10). Páginas 691-701. doi: 10.1016/j.ajic.2008.05.017
- Catalão, M. (2016). Avaliação da Carga de Trabalho de Enfermagem na Unidade de Cuidados Intensivos Dr. Emílio Moreira em Portalegre. Instituto Politécnico de Portalegre Escola Superior de Saúde de Portalegre. Retrieved from <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/14590>
- Centers for Disease Control and Prevention (2016). How infections spread? Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Emerging and Zoonotic Infectious Diseases (NCEZID), Division of Healthcare Quality Promotion (DHQP). Retrieved from <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/spread/index.html>
- Centro Hospitalar de Leiria. (2019). Plano de atividades e orçamento Retrieved from [http://www.chleiria.pt/galeria/files/PAO%202019\\_Del\\_%20CA%20de%202019\\_05\\_23.pdf](http://www.chleiria.pt/galeria/files/PAO%202019_Del_%20CA%20de%202019_05_23.pdf)

- Coelho, S. & Mendes, I. (2011). Da pesquisa à prática de enfermagem aplicando o modelo de adaptação de Roy. Escola Anna Nery. Volume 15 (4). Páginas 845-850. Retrieved from <https://www.scielo.br/j/ean/a/xkwqGfDtDZ4ZRRSHm9ttKmP/?lang=pt>
- Coordenação Nacional da Transplantação. (2022). Atividade Nacional Anual de Doação e Transplantação de Órgãos, Tecidos e Células 2021. Instituto Português do Sangue e da Transplantação. Retrieved from [https://www.ipst.pt/files/TRANSPLANTACAO/DOACAOETRANSPLANTACAO/Dados\\_Anuais\\_Atividade\\_e\\_Doacao\\_Transplantacao2021.pdf](https://www.ipst.pt/files/TRANSPLANTACAO/DOACAOETRANSPLANTACAO/Dados_Anuais_Atividade_e_Doacao_Transplantacao2021.pdf)
- Costa, A. & Gaspar, P. (2017). Perfil de competências do enfermeiro no serviço de urgência. Construindo conhecimento em enfermagem à pessoa em situação crítica. Páginas 49-67. Instituto Politécnico de Leiria. Retrieved from <https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/2880/1/cap-3.pdf>
- Costa, R. (2017). Aspectos jurídicos da transplantação de órgãos. Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra. [https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/84267/1/Dissertac%CC%A7a%CC%83o\\_Rita%20Costa.pdf](https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/84267/1/Dissertac%CC%A7a%CC%83o_Rita%20Costa.pdf)
- Cunha, S. (2017). Percursos de Prática Perita de Enfermeiros a Trabalhar numa Unidade de Cuidados Intensivos. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Retrieved from [http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/1887/1/Sandra\\_Cunha.pdf](http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/1887/1/Sandra_Cunha.pdf)
- Danski, M., Oliveira, G. & Pedrolo, E. (2017). Importância da prática baseada em evidências nos processos de trabalho do enfermeiro. Revista Ciência, Cuidado e Saúde. Volume 16 (2). Páginas 1-6. <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/36304/20831>
- DESPACHO N.º 10901/2022 DE 8 DE SETEMBRO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diário da República: II série. N.º 174 (2022). Disponível em [www.dre.pt](http://www.dre.pt)
- DESPACHO N.º 5613/2015 DE 27 DE MAIO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diário da República: II série, N.º 102 (2015). Disponível em [www.dre.pt](http://www.dre.pt)
- DESPACHO N.º 9390/2021 DE 24 DE SETEMBRO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diário da República: II série, N.º 187 (2021). Disponível em [www.dre.pt](http://www.dre.pt)
- DESPACHO N.º 1225/2018 DE 5 DE FEVEREIRO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diário Da República: II série N.º 25 (2018). Disponível em [www.dre.pt](http://www.dre.pt)
- DESPACHO N.º 15423/2013 DE 26 DE NOVEMBRO DO MINSÍSTÉRIO DA SAÚDE. Diário da República: II série, N.º 229 (2013). Disponível em [www.dre.pt](http://www.dre.pt)
- DESPACHO N.º 3635/2013 DE 7 DE MARÇO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diário da República: II série, N.º 47 (2013). Disponível em [www.dre.pt](http://www.dre.pt)
- Direção-Geral da Saúde. (2003a). Cuidados Intensivos – Recomendações para o seu desenvolvimento. Retrieved from <https://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006185.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2003b). A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor. Circular normativa nº 09. Retrieved from <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2007). Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde. Páginas 1-20. Retrieved from <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-infeccao-associada-aos-cuidados-de-saude-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2008). Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção associada aos Cuidados de Saúde – Manual de Operacionalização. Retrieved from [https://anes.pt/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-Operacionalizac%CC%A7a%CC%83o-do-PNCI\\_2008.pdf](https://anes.pt/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-Operacionalizac%CC%A7a%CC%83o-do-PNCI_2008.pdf)
- Direção-Geral da Saúde. (2010). Elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde. Orientação nº 007/2010. Páginas 1-125. Retrieved from <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0072010-de-06102010-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2013). Precauções Básicas do Controlo da Infeção (PBCI). Norma 029/2012 atualizada a 31 de outubro de 2013. Páginas 1-26. Retrieved from <https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infeco-es-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/cnhm-material-de-implementacao/norma-das-precauco-es-basicas-do-controlo-da-infecao1.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2015). Uso e Gestão de Luvas nas Unidades de Saúde. Norma 013/2014 atualizada a 07/08/2015. Páginas 1-36. Retrieved from <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0132014-de-25082014-pdf.aspx>

- Direção-Geral da Saúde. (2016). Relatório Auditoria às Precauções Básicas no Controlo de Infeção e monitorização da higiene das mãos. Análise evolutiva 2014-2015. Direção Nacional do PPCIRA. Retrieved from <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/16914/1/i023102.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2017a). Via Verde Sepsis no Adulto. Norma 010/2016 atualizada a 16/05/2017. Páginas 1-27. Retrieved from <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102016-de-30092016-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2017b). Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor. Lisboa. Páginas 1-10. Retrieved from [https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-Programa\\_Nacional\\_para\\_a\\_Preven%C3%A7%C3%A3o\\_e\\_Controlo\\_da\\_Dor\\_-\\_2017.pdf](https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-Programa_Nacional_para_a_Preven%C3%A7%C3%A3o_e_Controlo_da_Dor_-_2017.pdf)
- Direção-Geral da Saúde. (2017c). Feixe de Intervenções de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação. Norma 021/2015 atualizada a 30 de maio de 2017. Retrieved from <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-pneumonia-associada-a-intubacao.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2018a). Sistemas de Triagem dos Serviços Urgência e Referência Interna Imediata. Norma No 002/2018 de 09/01/2018. Páginas 1–23. Retrieved from <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/sistemas-de-triagem-dos-servicos-de-urgencia-e-referenciacao-interna-imediate.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2018b). Infeções e Resistências aos Antimicrobianos: Relatório Anual do Programa Prioritário 2018. Páginas 1–37. Retrieved from [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)
- Direção-Geral da Saúde. (2019). Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. Norma 007/2019. Páginas 1-46. Retrieved from <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/higiene-das-maos-nas-unidades-de-saude.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2020). Prevenção e Controlo de Infeção por SARS-CoV-2 (COVID-19). Equipamentos de Proteção Individual (EPI). Norma 007/2020. Páginas 1-7. Retrieved from <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0072020-de-29032020.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2022a). “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical. Norma Clínica 019/2015 atualizada a 29 de agosto de 2022. Páginas 1-18. Retrieved from <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0192015-de-15122015-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2022b). “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infeção Relacionada com o Cateter Vascular Central. Norma Clínica 022/2015 atualizada a 29 de agosto de 2022. Páginas 1-26. Retrieved from <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0222015-de-16122015-pdf1.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2022c). Infeções e resistências aos antimicrobianos: Relatório Anual do programa prioritário PPCIRA 2021. Lisboa. Páginas 1-48. Retrieved from <https://www.dgs.pt/programa-nacional-de-controlo-da-infeccao/relatorios/infecoes-e-resistencias-aos-antimicrobianos-2021-relatorio-anual-do-programa-prioritario-pdf.aspx>
- Duarte, M. (2017). A Importância da Auditoria Interna para uma Gestão Eficiente e Eficaz em Instituições Hospitalares do Setor Público. Instituto Superior de Contabilidade e Administração do Porto. Retrieved from [https://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/10957/1/Mariana\\_Duarte\\_MA\\_2017.pdf](https://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/10957/1/Mariana_Duarte_MA_2017.pdf)
- Edwards, R., Charani, E., Sevdalis, N., Alexandrou, B., Sibley, E. & Mullet, D. (2012). Optimisation of infection prevention and control in acute health care by use of behaviour change: a systematic review. *The Lancet – Infection*. Volume 12. Páginas 318-329. doi:10.1016/S1473-3099(11)70283-3
- Fernandes, E. (2017). Gestão da farda clínica por enfermeiros: fatores determinantes e avaliação microbiológica. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Retrieved from <https://repositorio.esenfc.pt>
- Ferreira, I. (2011). Desenvolvimento de estratégia de formação para utilização de dispositivos supraglóticos: percurso formativo. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Retrieved from <https://repositorio.esenfc.pt>
- Fonseca, C. (2020). Saberes e adesão às boas práticas de higienização das mãos pelos profissionais de saúde. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Retrieved from [http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/25171/1/Catarina\\_Fonseca.pdf](http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/25171/1/Catarina_Fonseca.pdf)
- Fonseca, K. (2012). Investigação-ação: uma metodologia para prática e reflexão docente. *Revista Onis Ciência*. Volume 1 (2). Páginas 16-31. Retrieved from <https://revistaonisciencia.com/wp-content/uploads/2020/02/2ED02-ARTIGO-KARLA.pdf>
- Gomes, C. & Passos, M. (2020). Adesão dos profissionais de saúde na prática de higienização das mãos em

- ambiente hospitalar: uma revisão integrativa. *Revista JRG de Estudos Acadêmicos*. Ano III Volume III (7) Páginas 347-360.  
<http://doi.org/10.5281/zenodo.4253230>
- Graveto, J., Santos, C., Costa, P., Fernandes, E., Alarico, S., Osório, N.,..., Oliveira, V. (2018). Gestão do procedimento higiene das mãos por enfermeiros: desafios para saúde coletiva. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Volume 71. Páginas 607-612. Retrieved from <https://www.scielo.br/j/reben/a/HQqxvWBL3kQkmzxFMGT5Gwz/?lang=pt&format=pdf>
- Hahnenkamp, K., Böhler, K. & Wolters, H. (2016). Organ-Protective Intensive Care in Organ Donors. *Deutsches Ärzteblatt International*. Volume 113. Páginas 552-558. Doi: 10.3238/arztebl.2016.0552
- Härgestam, M., Hultin, M. & Brulin, C. (2016). Trauma team leaders' non-verbal communication: video registration during trauma team training. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*. 24:37. Páginas 1-10.  
<https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=27015914&lang=pt-br&site=ehost-live>
- Huber, D. (2018). *Leadership and Nursing Care Management*. Missouri. Elsevier.
- Inspecção-Geral das Atividades em Saúde. (2021). Capacidade de resposta dos estabelecimentos e serviços do serviço nacional de saúde em situações de emergência – memorando do plano de auditoria. Lisboa. Retrieved from [https://www.igas.min-saude.pt/wp-content/uploads/2022/02/AUD\\_Memo\\_Capacidade\\_resposta\\_situacoes\\_emergencia\\_20220202.pdf](https://www.igas.min-saude.pt/wp-content/uploads/2022/02/AUD_Memo_Capacidade_resposta_situacoes_emergencia_20220202.pdf)
- Jayasree, T., & Afzal, M. (2019). Implementation of infection control practices to manage hospital acquired infections. *Journal of Pure and Applied Microbiology*. Volume 13(1). Páginas 591-597.  
<https://doi.org/10.22207/JPAM.13.1.68>
- Joint Commission International. (2020). *Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais*. Brasil. Oak Brook.
- Junqueira, H. & Quintas, P. (2019). Cuidados centrados na pessoa: por um SNS mais humanizado. 2019, outubro 8. Retrieved from <https://www.atlasdasaude.pt/artigos/cuidados-centrados-na-pessoa-por-um-sns-mais-humanizado>
- Kalata, N., Kamange, L., & Muula, A. (2013). Adherence to hand hygiene protocol by clinicians and medical students at Queen Elizabeth Central Hospital, Blantyre-Malawi. *Malawi Medical Journal*. Volume 25 (2). Páginas 50-52. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3784937/>
- Kolcaba, K. (2001). Evolution of the Mid Range Theory of Comfort for outcomes research. *Nursing Outlook*. 49 (2). Páginas 86-92. doi: 10.1067/mno.2001.110268
- LEI N.º 95/2019 DE 4 DE SETEMBRO DE 2019 DA ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA. *Diário da República: I série*, N.º 169 (2019). Disponível em [www.dre.pt](http://www.dre.pt)
- Lydon, S., Greally, C., Tujjar, O., Reddy, K., Lambe, K., Madden, C., ..., O'Connor, P. (2019). Psychometric evaluation of a measure of factors influencing hand hygiene behaviour to inform intervention. *Journal of Hospital Infection*. Volume 102 (4). Páginas 407-412. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2019.02.003>
- Macedo, R., Dias, A. & Cunha, M. (2021). Nursing activities score: adaptação transcultural e validação para a população portuguesa. *Revista Servir*. Volume 2 (1). Páginas 19-30. doi: 10.48492/servir0201.23763
- Magalhães, D., Lopes, M.J. & Fonseca, A. (2013). Processos e modelos de raciocínio na tomada de decisão: contributos conceptuais e interrogações. Universidade de Évora. Retrieved from <https://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/10343>
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory – Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York. Springer Publishing Company.
- Mendes, O. (2013). Modelo Clínico de Dados de Enfermagem A Pessoa Dependente para se Erguer, Virar ou Transferir. Escola Superior de Enfermagem do Porto. Retrieved from <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9383/1/disserta%20a7%20a30%20-%20dezembro%202013.pdf>
- Ministério da Saúde. (2017). Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência - Medicina Intensiva. República Portuguesa. Retrieved from <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/08/RNEHR-Medicina-Intensiva-Aprovada-10-agosto-2017.pdf>
- Neto, L., Silva, K. & Rua, M. (2018). Prática reflexiva e formação profissional: aproximações teóricas no campo da Saúde e da Enfermagem. *Escola Anna Nery* 22 (1) páginas 1-6. doi: 10.1590/2177-9465-EAN-2017-0309

- Ng, W., Shaban, R. & Mortel, T. (2017). Healthcare professionals' hand hygiene knowledge and beliefs in the United Arab Emirates. *Journal of Infection Prevention*. Volume 18 (3). Páginas 134-142. doi: 10.1177/1757177416677851
- Oliveira, O. (2014). Conhecimento dos enfermeiros acerca da humanização nos serviços de urgência e emergência hospitalar. *Suplemento Revista Interface* (3). 11º Congresso Internacional da Rede Unida.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Sem editor. Retrieved from [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj\\_deontologia\\_2015\\_web.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa. Retrieved from <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Código Deontológico (Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei no 156/2015 de 16 de Setembro)*. Retrieved from <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 429/2018 - Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. *Diário da República: II Série, N.º 135*. Disponível em [www.dre.pt](http://www.dre.pt)
- Ordem dos Enfermeiros. (2019a). Regulamento n.º 140/2019 – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República: II série, N.º 26*. Disponível em [www.dre.pt](http://www.dre.pt)
- Ordem dos Enfermeiros. (2019b). Regulamento n.º. 743/2019 – Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. *Diário da República: II série, N.º 184*. Disponível em [www.dre.pt](http://www.dre.pt)
- Ordem dos Enfermeiros. (2020). Tomada de Posição sobre a admissão de enfermeiros recém-formados em Serviços de Medicina Intensiva e Unidades de Cuidados Intensivos. Retrieved from [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/20797/ce\\_mceemc\\_admiss%C3%A3o-de-enfermeiros-rec%C3%A9m-formados-em-servi%C3%A7o-de-medicina-intensiva-e-unidades-de-cuidados-intensivos.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/20797/ce_mceemc_admiss%C3%A3o-de-enfermeiros-rec%C3%A9m-formados-em-servi%C3%A7o-de-medicina-intensiva-e-unidades-de-cuidados-intensivos.pdf)
- Patoleia, F. (2016). Atuação em caso de Emergência/Catástrofe na Unidade de Cuidados Intensivos do CH. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. Retrieved from <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/17629/1/Relat%C3%B3rio%20de%20Est%C3%A1gio%20Final%20-%20Vers%C3%A3o%20digital.pdf>
- Peixoto, M., Pereira, R. & Martins, A. (2016). Enfermagem baseada em evidência: atitudes, barreiras e práticas entre contextos de cuidados. *Jornadas Internacionais de Enfermagem Comunitária - livro de comunicações*. Páginas 26-34. Retrieved from [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/31753/1/2016\\_Jornadas26-34.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/31753/1/2016_Jornadas26-34.pdf)
- Pereira, A. (2012). Avaliação da Dor no Doente Ventilado Não Comunicativo nas UCIs. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Retrieved from <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/16348>
- Pisoeiro, Z. (2012). Barreiras à adesão à higiene das mãos. A percepção dos profissionais de saúde. Universidade Católica Portuguesa. Instituto de Ciências da Saúde. Retrieved from <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/10513/1/Tese.pdf>
- Prazeres, V. (2020). Processo de tomada de decisão em enfermagem de reabilitação nas unidades de cuidados intensivos: perspetiva do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. Escola Superior de Saúde de Santa Maria. <https://repositorio.santamariasaude.pt/bitstream/123456789/100/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20-%20Virg%C3%ADnia%20Prazeres.pdf>
- Queijo, A. & Padilha, K. (2009). Nursing Activities Score (NAS): adaptação transcultural e validação para a língua portuguesa. *Revista Escola Enfermagem USP*. Volume 43 (spe). Páginas 1018-1025. Retrieved from <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/T88JNv3WgwFwSpN5zWSrnLH/?format=pdf&lang=pt>
- Quintas, C. (2020). Precauções de Isolamento no Serviço de Urgência. Um Projeto de Melhoria da Qualidade nos Cuidados de Enfermagem. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. Retrieved from <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/33591>
- Ramos, R., Coelho, S. & Ferreira, M. (2018). Vivências da família do doente crítico: um estudo qualitativo. *Cadernos de Saúde*. Volume 10 (2) Páginas 5-10. Retrieved from <https://revistas.ucp.pt/index.php/cadernosdesaude/article/view/7230>
- Ribeiro, S., Varela, M. & Perez, P. (2021). Manutenção e Gestão do Dador de Órgão na Era COVID-19. *Cartas ao Editor, Acta Médica Portuguesa*. Volume 34 (1). Páginas 62-67. <https://doi.org/10.20344/amp.14958>

- Rosa, I., Pais, D. & Consciência, G. (2016). Os Princípios da Bioética Aplicados em Urgência Hospitalar. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*. Volume 23 (1). Páginas 18-23. Retrieved from [https://www.spmi.pt/revista/vol23/vol23\\_n1\\_2016\\_18\\_23.pdf](https://www.spmi.pt/revista/vol23/vol23_n1_2016_18_23.pdf)
- Santos, J. (2017). O Enfermeiro como Promotor da Qualidade e Segurança nos Cuidados – gestão do erro. Escola Superior de Saúde de Leiria. Retrieved from <https://iconline.iplleiria.pt/bitstream/10400.8/3068/1/Joana%20Santos%20Tese.pdf>
- Santos, L. (2020). Análise do índice de qualidade na utilização de EPI e higienização das mãos dos profissionais num serviço de medicina. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança. Retrieved from [https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/23278/1/Santos\\_Liliana.pdf](https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/23278/1/Santos_Liliana.pdf)
- Santos, M. (2018). Práticas de continuidade de cuidados nos hospitais – elos de ligação. Escola Superior de Enfermagem do Porto. Retrieved from [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23537/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o\\_\\_%20Maria\\_Jos%C3%A9\\_Santos\\_Final3.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23537/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o__%20Maria_Jos%C3%A9_Santos_Final3.pdf)
- Silva, A. (2007). O direito à privacidade do doente no serviço de urgência. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Retrieved from <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/22110/3/tese%202.pdf>
- Silva, I., Veloso, A., & Keating, J. (2014). Focus group: Considerações teóricas e metodológicas. *Revista Lusófona de Educação*. Volume 26 (26). Páginas 175–190. Retrieved from <https://revistas.ulusofona.pt/index.php/rleducacao/article/view/4703>
- Tojal, A. (2011). Percepção dos enfermeiros sobre a formação em serviço. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Retrieved from <https://repositorio.esenfc.pt>
- Veenema, T., Lavin, R. & Griffin, A. (2017). Call to Action: The Case for Advancing Disaster Nursing Education in the United States. *J Nurs Scholarsh*. Volume 49 (6). Páginas 688-696. doi: 10.1111/jnu.12338.
- Ventura-Silva, J, Martins, M. & Trindade, L. (2021). Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: scoping review. *Journal Health NPEPS* 6 (2) páginas 278-295. Retrieved from <https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/5480>
- Williams, V., Leis, J., Trbovich, P., Agnihotri, T., Lee, W., Joseph, ..., Powis, J. (2019). Improving healthcare worker adherence to the use of transmission-based precautions through application of human factors design: a prospective multi-centre study. *Journal of Hospital Infection*. Volume 103 (1). Páginas 101–105. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2019.03.014>

## **Apêndices**

## **Apêndice 1 – Instrução de Trabalho “Abordagem à Pessoa com Intoxicação por Paracetamol”**

logotipo do serviço (se existente)

**Palavras-Chave:** Paracetamol, intoxicação, acetilcisteína

<b>Destinatários</b>	Enfermeiros do Serviço de Urgência Geral
----------------------	--

	<b>Elaboração</b>	<b>Aprovação</b>	<b>Assinatura (s) Responsável (eis) pela Aprovação</b>
	Cheila Santos (Estudante de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica)	[Referir o nome do(s) profissional(ais) ou Entidade]	
<b>Data</b>	2021.11.29	[Inserir data da aprovação AAAA.MM.DD]	

**MAPA DE REVISÕES**

[A preencher no caso de revisão de documento existente]:

<b>Revisão</b>	<b>Página(s)</b>	<b>Motivo</b>	<b>Responsável (eis) pela Revisão</b>	<b>Data da Aprovação</b>	<b>Assinatura do(s) responsável(eis) pela aprovação</b>

## 1. OBJETIVO

Uniformizar a prestação de cuidados de enfermagem à pessoa com intoxicação por paracetamol.

## 2. ÂMBITO

Aplica-se a todas as pessoas com intoxicação por paracetamol.

## 3. REFERÊNCIAS

- Bakhsh, B. Y., Alsulami, T. S., Nasief, B. M., Tatwany, A. H., Alsubaie, Y. S. R., Alotaibi, F. A., Almondil, N. A., Alruwais, J. F., Alsaleh, F. M., & Albaqami, S. M. (2019). Evaluation of the Role of Emergency Physician in Diagnosis and Management of Acetaminophen in the Emergency Department. *Archives of Pharmacy Practice*, 10(2), 24–27.
- Chiew, A. L., Gluud, C., Brok, J., & Buckley, N. A. (2018). Interventions for paracetamol (acetaminophen) overdose. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2018(2). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003328.pub3>
- Chiew, A. L., Isbister, G. K., Duffull, S. B., & Buckley, N. A. (2016). Evidence for the changing regimens of acetylcysteine. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 81(3), 471–481. <https://doi.org/10.1111/bcp.12789>
- INFARMED (2021, 29 de outubro). *Prontuário terapêutico*. Retirado de <https://app10.infarmed.pt/prontuario/index.php>
- Rosas, D., Franco, C., & Berrouet, M. C. (2019). Intoxicación por acetaminofén. Nuevo esquema con N acetil cisteína. *Ces Medicina*, 33(1), 68–73. <https://doi.org/10.21615/cesmedicina.33.1.8>
- Silva, A. (2017). Intoxicação por paracetamol. In *Protocolos em Medicina Interna*. 2ª Edição. Funchal. Heartbrain Lda.
- Terres, D. R. (2015). Potencial Toxicológico De Medicamento De Venda Livre : Ênfase No Paracetamol. *Revista Científica FACIDER*, 08, 1–15.
- Torres, L. V., Oliveira, P. S., Macêdo, C. L., & Wanderley, T. L. R. (2019). Hepatotoxicidade Do Paracetamol E Fatores Predisponentes. *Revista de Ciências Da Saúde Nova Esperança*, 17(1), 93–99. <https://doi.org/10.17695/issn.2317-7160.v17n1a2019p93-99>

## 4. DEFINIÇÕES

O paracetamol é um analgésico e antipirético indicado em casos de dor ligeira a moderada e também em casos de pirexia (INFARMED, 2021). Embora com raras reações adversas, estão descritas doenças hematológicas, *rashes* e casos de pancreatite após utilização prolongada. A dose diária máxima é de 4000mg. A dose tóxica surge a partir de 10g ou 150mg/kg, sendo os valores inferiores em casos de, por exemplo, doentes malnutridos, casos de alcoolismo, doentes portadores de VIH (Silva, 2017). O pico de concentração plasmática do paracetamol ocorre em 4 horas, sendo rapidamente absorvido após a sua ingestão.

A absorção faz-se ao nível do duodeno e é no fígado que ocorre a sua metabolização. Este processo ocorre por três mecanismos, como sejam, a glicuronidação (adultos), a sulfatação (crianças) e a oxidação. Ultrapassando a dose diária máxima, existe a saturação das vias metabólicas principais provocada pela oxidação, o que provoca a formação de um metabólito tóxico: N-acetil-p-benzo-quinonaimina (NAPQI). O aumento deste metabólito leva a que as reservas de glutathione hepática se esgotem, provocando a necrose de hepatócitos (Torres et al., 2019).

FASES TOXICIDADE	SINAIS E SINTOMAS	VALORES LABORATORIAIS
<b>1ª FASE (ATÉ 24H)</b>	Náuseas, vômitos, diaforese, palidez, letargia, assintomáticos	Analiticamente sem alterações
<b>2ª FASE (24H-72H)</b>	Assintomático. Dor abdominal no quadrante superior direito e hepatomegalia	AST e ALT elevadas
<b>3ª FASE (72H-96H)</b>	Sintomas fase 1 + icterícia, confusão (r/c encefalopatia hepática) + IRA + IH	AST e ALT elevadas Hiperamonemia

O objetivo das intervenções na abordagem da pessoa com intoxicação por paracetamol é a diminuição da absorção do paracetamol ingerido, reduzindo consequentemente a absorção na corrente sanguínea. Estas intervenções têm tanto sucesso quanto a hora da sua execução e são as seguintes:

1. **Lavagem gástrica** (até 2 horas após o evento)
2. **Administração de carvão ativado** (até 4 horas após o evento)
3. **Administração de acetilcisteína** (nas primeiras 10 horas após o evento)

A **lavagem gástrica** tem como objetivo a remoção do conteúdo gástrico, reduzindo assim a probabilidade de absorção do paracetamol. Embora seja eficaz nas primeiras duas horas após a ingestão, deve ser feita quando não há precisão na hora da ingestão. O mesmo acontece com a utilização do **carvão ativado**, onde embora seja altamente eficaz nas primeiras quatro horas após a ingestão do paracetamol, deve ser administrado quando a hora da mesma é desconhecida, de forma a reduzir a absorção do paracetamol a nível do trato gastrointestinal. A **acetilcisteína** é considerada o antídoto mais eficaz pois neutraliza o metabólito tóxico. A sua atuação dá-se ao nível hepático, aumentando os níveis de glutathione (devido ao fornecimento de cisteína), prevenindo ou reduzindo a necrose hepática (Torres et al., 2019). Segundo Bakhsh et al. (2019), o uso empírico da acetilcisteína deve ser feito nas primeiras 24 horas após o evento, de qualquer forma, havendo um risco inferior a 5% de hepatotoxicidade quando utilizada entre as 8 e as 10 horas após o evento. A administração de acetilcisteína pode ser feita por via oral ou endovenosa, sendo a última mais utilizada devido ao sabor desagradável e à frequente presença de vômitos neste tipo de intoxicação (Silva, 2017). A administração deve totalizar 300mg/kg de acetilcisteína em 21 horas.

## 5. DESCRIÇÃO DO PROCESSO

### 1. Avaliação ABCDE

- A. Permeabilidade da via aérea;
- B. Padrão respiratório + oximetria + colocação de O<sub>2</sub> em SOS;
- C. Monitorização cardíaca + cateterização de dois acessos venosos periféricos calibre 18G ou 20G, no mesmo membro + colheita de sangue para análises (BIOQ + HEM + COAG)
- D. Avaliação da Escala de Coma de Glasgow + avaliação pupilas e simetria + avaliação glicemia
- E. Avaliação temperatura + mudança para vestuário hospitalar

(se intoxicação inferior a 4 horas **OU** hora da intoxicação desconhecida **E** de acordo com prescrição médica)

2. Entubação nasogástrica;
3. Lavagem gástrica (se intoxicação inferior a 2h **OU** hora desconhecida);
4. Administração de carvão ativado (1g/kg);
5. Iniciar protocolo de administração de acetilcisteína EV;

	DOSE ACETILCISTEÍNA	DILUIÇÃO	TEMPO DE PERFUSÃO
1º	150mg/kg	250ml de Dextrose 5% em água	15 minutos
2º	50mg/kg	500ml de Dextrose 5% em água	4 horas
3º	100mg/kg	1000ml de Dextrose 5% em água	16 horas

6. Vigiar eventuais efeitos secundários da acetilcisteína (*rash* cutâneo, náuseas, vómitos, angioedema, taquicardia, broncospasmo, hipotensão);
7. Administração de anti-eméticos prescritos;
8. Avaliação do débito urinário (ponderar com equipa médica necessidade de algaliação com controlo por urimeter);
9. Realização de espólio de pertences e roupa do utente;
10. Encaminhamento e preparação adequada para eventuais exames complementares de diagnóstico;
11. Realização de registos de enfermagem e atuação na continuidade de cuidados na transferência do doente.

### 5.1. RESPONSABILIDADES

Enfermeiro responsável pelo doente

## **Apêndice 2 – Operacionalização da formação “Abordagem à Pessoa com Intoxicação por paracetamol**

**Plano de Sessão**

<b>Designação da Ação:</b>	Abordagem à pessoa com intoxicação por paracetamol	<b>Duração Total:</b>	<b>1 H</b>
<b>Data:</b>	03/12/2021	<b>Local Realização:</b>	Auditório Hospital Santo André
<b>Formador (s):</b>	Cheila Santos		
<b>Objetivo Geral</b> <i>(indicar o propósito da formação)</i>	<b>Consolidar conhecimentos relativos à abordagem do doente com intoxicação por paracetamol</b>		
<b>Objetivos Específicos</b> <i>(Afetar os objetivos específicos a cada um dos temas)</i>	- Atualizar conhecimentos sobre a farmacocinética do paracetamol; - Disponibilizar evidência sobre toxicidade do mesmo; - Apresentar uma proposta de instrução de trabalho; - Refletir sobre a intervenção de enfermagem na abordagem ao doente com intoxicação por paracetamol		
<b>Temas a abordar</b> <i>(indicar os temas a abordar)</i>	- Farmacocinética do paracetamol; - Toxicidade do paracetamol; - Tratamento da intoxicação por paracetamol; - Protocolo de acetilcisteína; - Cuidados de enfermagem no tratamento da intoxicação por paracetamol		
<b>Metodologias Adoptadas</b> <i>(indicar com uma (x) as metodologias usadas)</i>	<b>Métodos Afirmativos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Método Expositivo <b>X</b></li> <li>• Método Demonstrativo__</li> </ul> <b>Métodos Interrogativos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Técnica de Perguntas <b>X</b></li> <li>• Ensino Programado__</li> </ul> <b>Métodos Activos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estudo de Casos__</li> <li>• Brainstorming__</li> <li>• Jogo de Papeis__</li> </ul> <b>Outros</b> __		
<b>Recursos Técnico-Pedagógicos</b> <i>(quais os recursos usados)</i>	Computador e projetor		
<b>Resultados Esperados</b>	Validação dos conhecimentos sobre a intoxicação por paracetamol; Reflexão sobre a intervenção de enfermagem à pessoa com intoxicação por paracetamol		



# Abordagem à pessoa com intoxicação por paracetamol

Instrução de Trabalho

Dezembro de 2021  
Serviço de Urgência Geral  
Centro Hospitalar de Leiria

**Cheila Santos**  
8ª turma de Mestrado em enfermagem médico-cirúrgica na área de  
especialização em enfermagem à pessoa em situação crítica

2

## Ordem de trabalhos

- Noções sobre o paracetamol;
- Toxicidade por paracetamol;
- Objetivos no tratamento da intoxicação;
- Abordagem à pessoa com intoxicação por paracetamol;
- Apresentação da instrução de trabalho;
- Conclusão

3

## Noções sobre o paracetamol

4

### Paracetamol

Analgésico

Antipirético

Dor ligeira a  
moderada

Pirexia

Raras  
reações  
adversas

- Rash
- Doenças hematológicas
- Pancreatite

(Infarmed, 2021)

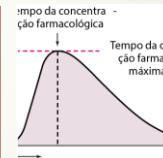
5

## Paracetamol



Dose diária máxima **4000mg**

Pico de concentração **4 horas**



Toxicidade acima de **10g** ou **150mg/kg**

(Silva, 2017)

6

## Metabolização do paracetamol

Glicurodinação

Sulfatação

Oxidação



(Torres et al., 2019)

7

## Toxicidade por paracetamol

8

## Toxicidade por paracetamol



(Torres et al., 2019)

9

## Fases de Toxicidade

FASES TOXICIDADE	SINAIS E SINTOMAS	VALORES LABORATORIAIS
<b>1ª FASE (ATÉ 24H)</b>	Náuseas, vômitos, diaforese, palidez, letargia, assintomáticos	Análiticamente sem alterações
<b>2ª FASE (24H-72H)</b>	Assintomático. Dor abdominal no quadrante superior direito e hepatomegalia	AST e ALT elevadas
<b>3ª FASE (72H-96H)</b>	Sintomas fase 1 + icterícia, confusão (r/c encefalopatia hepática) + IRA + IH	AST e ALT elevadas Hiperamonemia

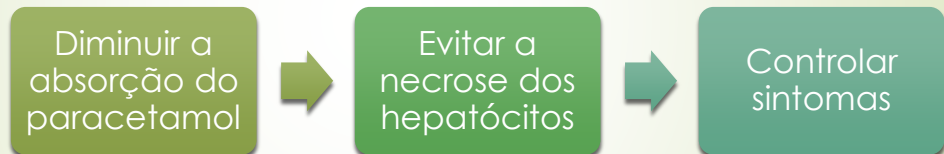
(Silva, 2017)

10

## Objetivos no tratamento

11

## Objetivos no tratamento



12

## Objetivos no tratamento



Lavagem gástrica

**Primeiras 2 horas**

Carvão ativado



**Primeiras 4 horas**



Acetilcisteína

**Primeiras 10 horas**

(Bakhsh et al., 2019)

13

## Objetivos no tratamento

Lavagem  
Gástrica

- Remoção do conteúdo gástrico
- Redução da probabilidade de absorção do paracetamol

Carvão  
ativado

- Redução da absorção do paracetamol
- Maior eficácia nas primeiras 4 horas

Acetilcisteína

- Aumenta os níveis de glutathione (evita necrose hepática)
- Pode ser utilizado nas primeiras 24h mas maior eficácia nas 8-10h após evento

(Bakhsh et al., 2019)

14

## Abordagem à pessoa com intoxicação por paracetamol

15

## Abordagem à pessoa com intoxicação por paracetamol

Abordagem inicial (ABCDE)

Entubação Nasogástrica

Protocolo Acetilcisteína

Vigilância sintomatologia

16

## Instrução de Trabalho

Abordagem à pessoa com intoxicação por paracetamol



19

## Cuidados de Enfermagem (continuação)

**D**

- Avaliação da Escala Coma de Glasgow
- Avaliação das pupilas e simetria
- Avaliação glicemia

**E**

- Avaliação da temperatura corporal
- Observação da integridade cutânea e eventuais lesões
- Mudança para vestuário hospitalar

20

## Cuidados de Enfermagem (continuação)

- Se intoxicação inferior a 4 horas **OU** hora da intoxicação desconhecida **E** de acordo com prescrição médica:
  1. Entubação nasogástrica;
  2. Lavagem gástrica (se intoxicação inferior a 2h **OU** hora desconhecida);
  3. Administração de carvão ativado (1g/kg);
  4. Iniciar protocolo de administração de acetilcisteína EV;

21

## Protocolo de administração de acetilcisteína

	DOSE ACETILCISTEÍNA	DILUIÇÃO	TEMPO DE PERFUSÃO
1º	150mg/kg	250ml de Dextrose 5% em água	15 minutos
2º	50mg/kg	500ml de Dextrose 5% em água	4 horas
3º	100mg/kg	1000ml de Dextrose 5% em água	16 horas

**300mg/Kg em 21 horas**

22

## Cuidados de Enfermagem (continuação)

5. Vigiar eventuais efeitos secundários da acetilcisteína (*rash* cutâneo, náuseas, vômitos, angioedema, taquicardia, broncospasmo, hipotensão);
6. Administração de anti-eméticos prescritos;
7. Avaliação do débito urinário (ponderar com equipa médica necessidade de algiação com controlo por urimeter);
8. Realização de espólio de pertences e roupa do utente;
9. Encaminhamento e preparação adequada para eventuais exames complementares de diagnóstico;
10. Realização de registos de enfermagem e atuação na continuidade de cuidados na transferência do doente.

23

## Conclusão

24

## Conclusão

- ▶ **A dose tóxica de paracetamol é de 3g/dia.**

**FALSO:** A dose diária máxima é de 4g/dia sendo tóxico a partir das 10g ou 150mg/kg, dependendo da patologia de base da pessoa

- ▶ **Não existem reações adversas no uso de paracetamol**

**FALSO:** As reações adversas, embora raras, existem (rash, doenças hematológicas e pancreatite)

- ▶ **O protocolo de acetilcisteína atualmente defendido consiste na administração de 300mg/kg em 21 horas.**

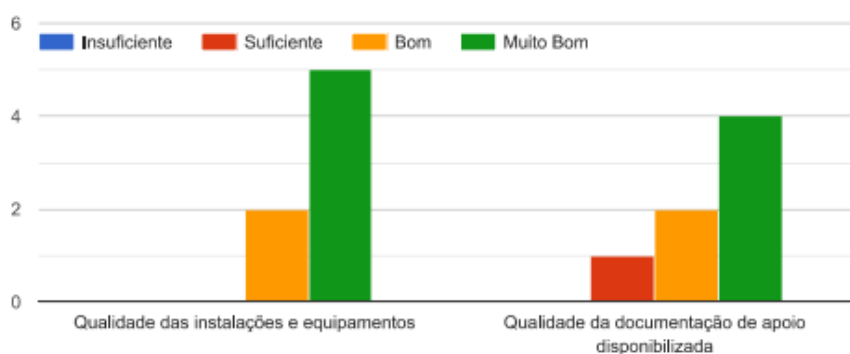
**VERDADEIRO**

# Formação: Abordagem ao doente com intoxicação por paracetamol

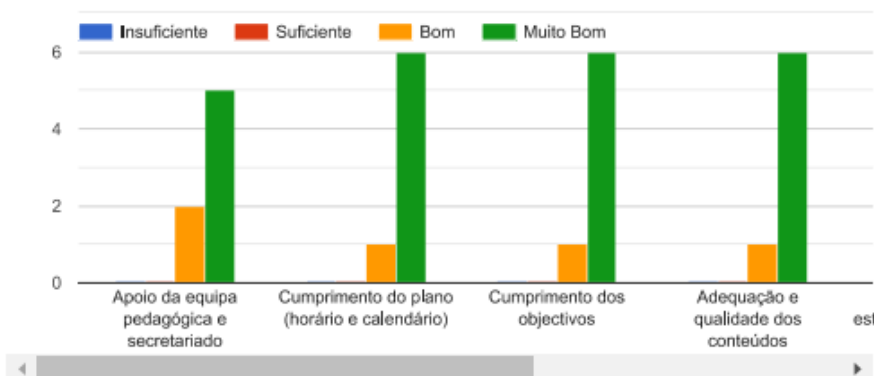
7 respostas

[Publicar estatísticas](#)

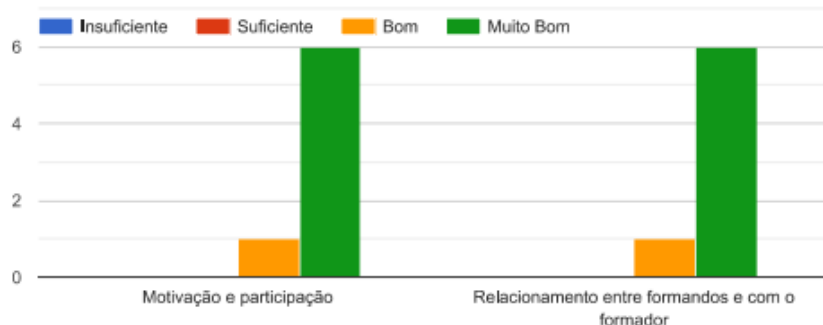
## ORGANIZAÇÃO DA FORMAÇÃO



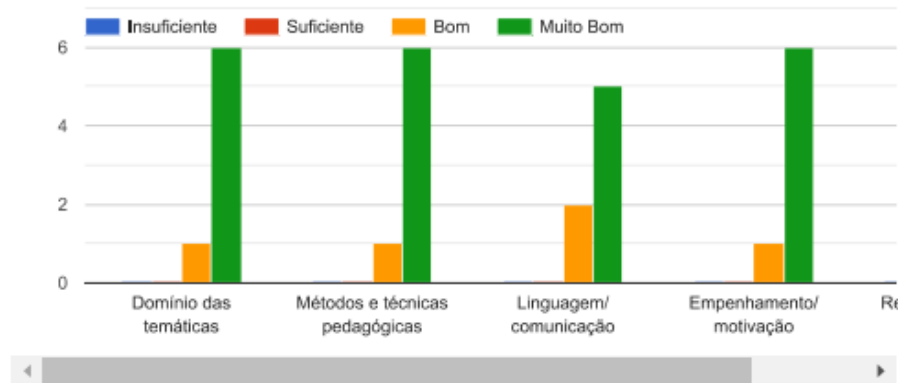
## DESENVOLVIMENTO DA FORMAÇÃO



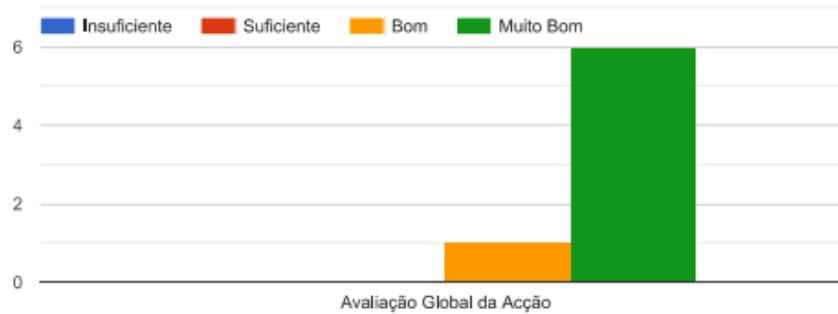
## APRECIÇÃO INDIVIDUAL DA FORMAÇÃO



**INTERVENÇÃO DO FORMADOR Cheila Santos**



**AValiação GLOBAL DA ACÇÃO**



### **Apêndice 3 – Consentimento Informado para participação no *Focus Group***

**CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM  
INVESTIGAÇÃO****(de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo)**

A realização deste grupo focal insere-se no trabalho de investigação intitulado “Adesão dos profissionais de saúde a medidas de prevenção e controlo de infeção” no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Este trabalho tem como objetivo avaliar a implementação das medidas de prevenção e controlo de infeção através de um *workshop* com incidência na higienização das mãos e na utilização de equipamentos de proteção individual, numa equipa de saúde, tendo como ponto de partida uma reunião multidisciplinar – grupo focal.

Este procedimento não lhe trará nenhuma despesa ou risco. Podem não existir benefícios imediatos, porém a análise dos dados pode resultar em orientações para a prática profissional. Este estudo não tem financiamento. A privacidade e a proteção dos dados estão asseguradas de acordo com o Regulamento Geral de Proteção de Dados da União Europeia. Os dados recolhidos são exclusivamente para fins de investigação científica no âmbito deste trabalho de investigação. O grupo focal será realizado presencialmente. A dinâmica do grupo será sujeita a gravação de áudio para posterior transcrição a ser realizada pelo investigador. A confidencialidade e a privacidade dos dados são garantidas pelo anonimato na transcrição das respostas, assegurando-se que a identificação dos participantes é irreversível. O registo de áudio será destruído após a transcrição. A segurança e a proteção dos dados são asseguradas através do armazenamento dos mesmos num equipamento protegido por palavra-passe acedido apenas pelo investigador.

O tratamento dos dados é considerado legal quando o participante dá o seu consentimento. Neste estudo, dá o seu consentimento por escrito assinando este documento. A sua participação é de caráter livre e voluntário e o seu consentimento pode ser retirado a qualquer momento, ou pode recusar participar, sem que tal facto tenha consequências para si.

Este estudo teve parecer favorável pela Comissão de Ética e Saúde da Escola Superior de Saúde, do Politécnico de Leiria.

Investigador responsável: Cheila Catarina dos Santos Gaspar Baptista e Arcanjo

Contacto: cheilasantos.a@gmail.com

Assinatura de quem pede consentimento:

Este documento é composto por 2 páginas e é feito em duplicado: uma via para o investigador, outra para a pessoa que consente.

Agradeço desde já a sua colaboração no estudo.

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me informado que a sessão está sujeita a gravação de áudio. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

#### **Apêndice 4 – Guião do *Focus Group***

**Guião *Focus Group***

<b>PARTICIPANTES</b>	<b>CODIFICAÇÃO</b>
Auxiliar de Ação Médica 1	A1
Auxiliar de Ação Médica 2	A2
Auxiliar de Ação Médica 3	A3
Enfermeiro 1	E1
Enfermeiro 2	E2
Enfermeiro 3	E3
<b>QUESTÕES ORIENTADORAS</b>	
1. A taxa de cumprimento dos profissionais do serviço em relação aos 5 momentos da lavagem das mãos é de 100%?"	
2. Todos os profissionais do serviço cumprem com as normas necessárias de implementar antes da lavagem das mãos?	
3. A técnica de lavagem das mãos tem 100% de adesão pelos profissionais?	
4. Os profissionais do serviço utilizam sempre os EPI adequados ao procedimento que executam?	
5. Os profissionais relacionam sempre o tipo de isolamento com o EPI que utilizam?	

## **Apêndice 5 – *Workshop* “Medidas de Prevenção e Controlo de Infeção”**



Workshop  
Serviço de Internamento  
CHSF Leiria

Cheila Santos  
Junho 2022



NÚMERO: 013/2014  
DATA: 25/08/2014  
ATUALIZAÇÃO: 07/08/2015

ASSUNTO: Uso e Gestão de Luvas nas Unidades de Saúde

PALAVRAS-CHAVE: Luvas, seleção de luvas, uso adequado de luvas, gestão do uso de luvas

PARA: Profissionais de saúde das Unidades de Saúde

CONTACTOS: Departamento da Qualidade na Saúde ([dq@dgds.pt](mailto:dq@dgds.pt))

**NORMA I**  
da Direção-Geral da Saúde

NÚMERO: 013/2014  
DATA: 25/08/2014  
ATUALIZAÇÃO: 07/08/2015

ASSUNTO: Uso e Gestão de Luvas nas Unidades de Saúde

PALAVRAS-CHAVE: Luvas, seleção de luvas, uso adequado de luvas, gestão do uso de luvas

PARA: Profissionais de saúde das Unidades de Saúde

CONTACTOS: Departamento da Qualidade na Saúde ([dq@dgds.pt](mailto:dq@dgds.pt))

Os seus 5 momentos para a HIGIENE DAS MÃOS



**NORMA**

NÚMERO: 007/2019  
DATA: 16/10/2019

ASSUNTO: Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde

PALAVRAS-CHAVE: Higiene das Mãos, infeção, colonização, prevenção, controlo

PARA: Unidades do Sistema de Saúde

CONTACTOS: Departamento da Qualidade na Saúde ([dq@dgds.min-saude.pt](mailto:dq@dgds.min-saude.pt))



**NORMA**  
da Direção-Geral da Saúde

NÚMERO: 02/05/17  
DATA: 25/12/2017  
ATUALIZAÇÃO: 31/10/2021

ASSUNTO: Precauções Básicas do Controlo de Infeção (PCI)

PALAVRAS-CHAVE: Infeção

PARA: Dirigentes de Instituições de Saúde e profissionais de saúde

CONTACTOS: Departamento da Qualidade na Saúde ([dq@dgds.pt](mailto:dq@dgds.pt))

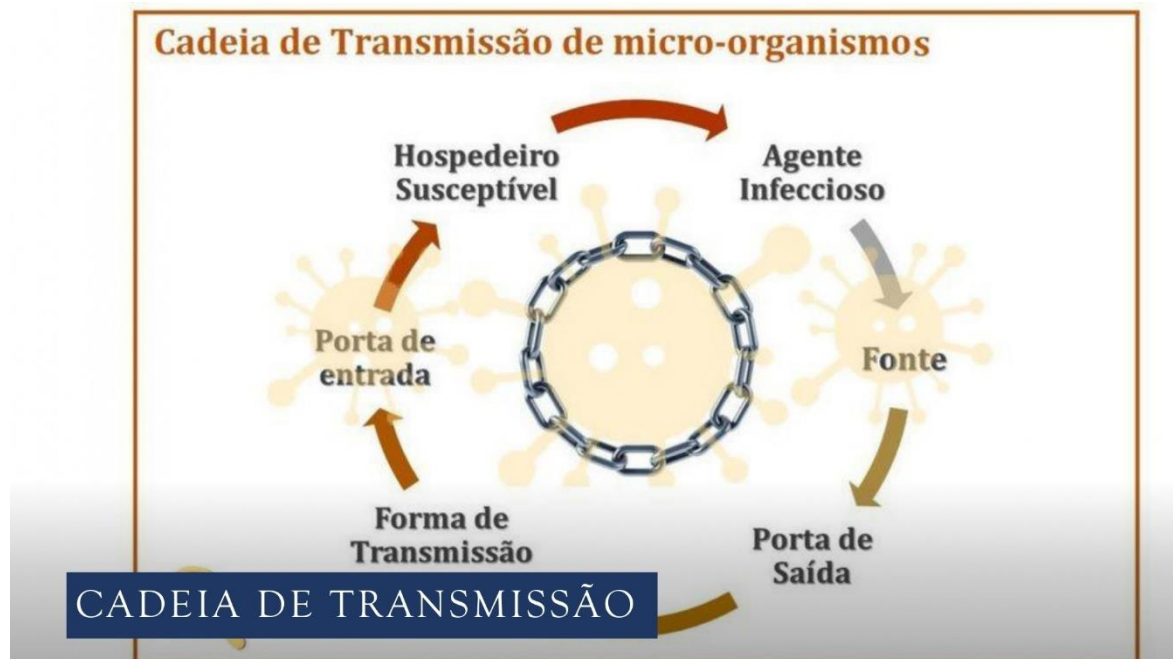
**Fricção Anti-séptica das mãos**





## PRECAUÇÕES BÁSICAS NO CONTROLO DE INFEÇÕES





ORDEM DE  
TRABALHOS

---

Higiene das mãos

---

Uso de luvas

---

EPI's

## HIGIENE DAS MÃOS

“  
UMA DAS MEDIDAS  
MAIS IMPORTANTES  
PARA A REDUÇÃO DA  
TRANSMISSÃO DE  
AGENTES INFECIOSOS  
ENTRE DOENTES,  
DURANTE A PRESTAÇÃO  
DE CUIDADOS  
”

- ✓ As **unhas** devem manter-se curtas e limpas, sem verniz, gel, gelinho ou outros produtos, sem extensões ou outros artefactos;
- ✓ Os **adornos** devem ser removidos (incluindo a aliança);
- ✓ Os cortes e abrasões devem estar cobertos com **penso impermeável**;
- ✓ **Expor os antebraços** (o fardamento não deve ter mangas compridas - até aos pulsos).

## QUANDO?

### Os seus 5 momentos para a HIGIENE DAS MÃOS



## QUANDO?

- ✓ Quando as mãos **estão visivelmente sujas** ou contaminadas com sangue ou outros fluidos orgânicos;
- ✓ Antes da preparação e administração de **fármacos** e manipulação de **dispositivos médicos**;
- ✓ Antes da manipulação e/ou preparação de **alimentos**;
- ✓ Antes da colocação de **luvas**: o uso de luvas não dispensa a Higiene das Mãos;
- ✓ Imediatamente **após remoção** de luvas;
- ✓ Preparação **pré-cirúrgica** das mãos;
- ✓ Após utilização das **instalações sanitárias**.

## COMO?

- ✓ Água e sabão
- ✓ SABA (solução antisséptica de base alcoólica)
  - Friccionar as mãos respeitando:**
    - ✓ Técnica
    - ✓ Tempos de contacto
    - ✓ Áreas a abranger

# TÉCNICAS DE HIGIENIZAÇÃO MÃOS



## Água e Sabão

- Molhar as mãos;
  - Aplicar a quantidade de sabão suficiente para cobrir ambas as mãos em todas as suas superfícies e os punhos;
  - Friccionar as mãos vigorosamente durante no mínimo 15 segundos;
  - Enxaguar bem as mãos;
  - Não tocar na torneira após Higiene das Mãos;
  - Secar bem as mãos com toalhete;
- DURAÇÃO 40 a 60 segundos**



## SABA

- Não usar SABA nas mãos visivelmente sujas (incluindo o pó de luvas);
  - Aplicar a quantidade suficiente de SABA para cobrir ambas as mãos em todas as suas superfícies e punhos;
  - Friccionar as mãos vigorosamente até evaporar completamente a SABA, garantindo a secagem das mãos
- DURAÇÃO 20 a 30 segundos**



## ÁREAS PROBLEMA- TICAS

- Espaços interdigitais
- Polpas dos dedos
- Dedo polegar
- Punho

## COMO ESCOLHER?

### Utilização recomendada de SABA

#### EXCETO:

- ✓ Quando as mãos estão visivelmente sujas;
- ✓ Prestação de cuidados de saúde a doentes com suspeita ou confirmação de infeção por *Clostridium difficile*;
- ✓ Prestação de cuidados a doentes com suspeita ou confirmação de exposição a material potencialmente contaminado com *Bacillus anthracis*.

## USO ADEQUADO DE EPI'S



## USO ADEQUADO DE EPI'S

- ✓ De acordo com o **procedimento**
- ✓ De acordo com o **risco de exposição**
- ✓ De acordo com o **tipo de isolamento**



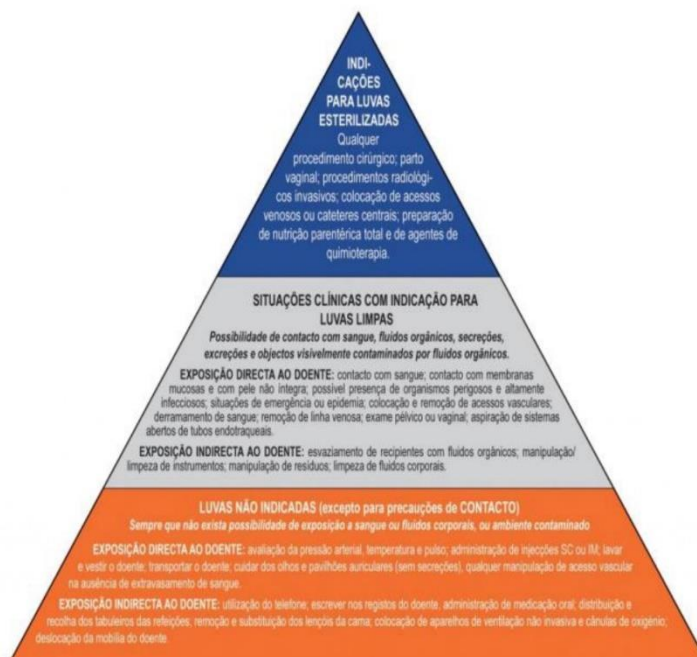
## USO DE LUVAS

- Adequadas ao utilizador e ao procedimento a que se destinam;
- Usadas quando se antecipa a exposição a sangue ou outros fluidos orgânicos;
- Removidas imediatamente após o uso em cada doente e/ou após o procedimento;
- Substituídas se há perfuração ou rotura

O seu uso não substitui em nenhuma circunstância,  
a higiene das mãos

## USO DE LUVAS





## NÃO INDICADO USO DE LUVAS

- Avaliação da pressão arterial, temperatura e pulso;
- Administração de vacinas e outros injetáveis (vias subcutânea ou intramuscular);
- Auscultação e palpação do utente;
- Administração de medicamentos via oral;
- Distribuição e recolha de tabuleiros de refeição;
- Remoção e mudança de roupa de cama;
- Colocação de aparelhos de ventilação não invasiva e cânulas de oxigénio;
- Transporte de utentes.

## COMO USAR

- Higienizar mãos em primeiro lugar;
- Colocar luvas imediatamente antes do procedimento;
- Último EPI a colocar / primeiro a ser removido
- Evitar contaminar os materiais ao redor do utente;
- Trocar luvas no caso de procedimentos diferentes no mesmo utente;
- Remover luvas imediatamente após a realização do procedimento.



## USO DE AVENTAL

- Utilizados durante procedimentos que envolvam contacto direto com o doente;
- Utilizados para proteção dos uniformes/fardas quando se considera provável a contaminação;
- Substituídos no final do procedimento e entre doentes (p.ex.: entre os cuidados de higiene e a realização de tratamento de ferida)

## USO DE BATA DE MANGA COMPRIDA

- Usadas quando existe risco acrescido de salpicos de sangue ou fluidos orgânicos;
- Substituídas no final do procedimento e entre doentes

## USO DE MÁSCARA

- Utilizada adequadamente;
- Trocada de 6/6h;
- Não manipular face externa da máscara;
- Uso de máscara cirúrgica pelo utente e pelo profissional

**Máscara FFP2 – Risco de exposição**

OBRIGADA  
PELA  
VOSSA  
ATENÇÃO!

Se quer ir rápido,  
vá sozinho.  
**Se quer ir longe,  
vá em grupo.**

Provérbio africano

,a'

## **Apêndice 6 – Consentimento informado para participação no estudo**

**CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA PARTICIPAÇÃO EM ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO NOS TERMOS DA NORMA N.º 015/2013 da Direção-Geral da Saúde** (de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo)

**Identificação do Investigador:** Cheila Catarina dos Santos Gaspar Baptista e Arcanjo

**Título do estudo:** “Adesão dos profissionais de saúde a medidas de prevenção e controlo de infeção”

**Enquadramento:** No âmbito da realização do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Escola Superior de Saúde de Leiria, do Politécnico de Leiria, propõe-se a realização de um trabalho de investigação. Este trabalho irá ser aplicado no Serviço de Internamento do Centro Hospitalar de S. Francisco, pela mestranda e enfermeira na instituição referida Cheila Catarina dos Santos Gaspar Baptista e Arcanjo, sob orientação da Professora Doutora Susana Mendonça.

**Explicação do estudo:** O objetivo deste estudo é avaliar a implementação de medidas de prevenção e controlo de infeção através de um *workshop* com incidência na higienização das mãos e na utilização de equipamentos de proteção individual, numa equipa de saúde. Inicialmente discutida multidisciplinarmente a problemática em *focus group*, será realizado um *workshop* à equipa, indo de encontro às necessidades formativas levantadas em conjunto. Posteriormente, serão aplicados formulários de observação e assinalados os comportamentos observados, constando apenas a categoria profissional do participante do estudo. A colheita de dados será feita de forma a que o normal funcionamento da dinâmica do serviço não seja afetado, evitando criar viés no processo de investigação. Todos os enfermeiros e auxiliares de ação médica da equipa estão incluídos no objeto de estudo, excluindo-se os menores de idade e quem se recusar a participar livremente. A observação de comportamentos será feita por um período de 60 dias, em momento posterior à realização do momento formativo, perfazendo o total de 50 observações.

O estudo não tem **nenhum custo** para o participante. A participação no estudo é de **caráter voluntário**, não havendo qualquer prejuízo caso não queira participar. O presente estudo mereceu da Comissão de Ética do Politécnico de Leiria parecer favorável. Os dados recolhidos para o estudo são **confidenciais** e de uso exclusivo do investigador para o estudo, não havendo qualquer registo de dados de identificação mantendo o **anonimato** dos participantes.

A investigadora Cheila Catarina dos Santos Gaspar Baptista e Arcanjo, enfermeira no Centro Hospitalar de S. Francisco, em Leiria, com o contacto móvel 919762831 e o endereço eletrónico [cheilasantos.a@gmail.com](mailto:cheilasantos.a@gmail.com) encontra-se disponível para esclarecer qualquer dúvida relativamente ao presente estudo e agradece profundamente a sua participação no mesmo.

Por favor, leia com atenção toda a informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Assinatura de quem pede consentimento: \_\_\_\_\_ -

#### **Consentimento do participante**

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar no estudo “Adesão dos profissionais de saúde a medidas de prevenção e controlo de infeção” sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados, que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para fins científicos e publicações que delas decorram e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

## **Anexos**

## **Anexo 1 – Formulário de Observação da Higiene das Mãos**



**World Health Organization**

**Patient Safety**

A World Alliance for Safer Health Care

**SAVE LIVES**

Clean Your Hands

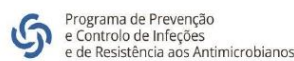
**Formulário de Observação da Higiene das Mãos**

**Observador:** (iniciais) \_\_\_\_\_ **Per. observação\*:** \_\_\_\_\_ **Serviço/ Departamento** \_\_\_\_\_  
**Data:** (dd/mm/aa) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Nº de sessão\*:** \_\_\_\_\_ **Enfermaria:** \_\_\_\_\_  
**Hora início/fim:** (hh:mm) \_\_\_\_:\_\_\_\_ / \_\_\_\_:\_\_\_\_ **Pág. n.º:** \_\_\_\_\_  
**Duração da sessão:** (minutos) \_\_\_\_\_

Cat. prof. Código N°	Op.	Indicação	Ação	Cat. prof. Código N°	Op.	Indicação	Ação	Cat. prof. Código N°	Op.	Indicação	Ação	Cat. prof. Código N°	Op.	Indicação	Ação
	1	<input type="checkbox"/> Antes doente <input type="checkbox"/> Antes asset. <input type="checkbox"/> Após sg.fluid. <input type="checkbox"/> Após doente <input type="checkbox"/> Após sup.	<input type="checkbox"/> Fricção <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado <input type="radio"/> luvas		1	<input type="checkbox"/> Antes doente <input type="checkbox"/> Antes asset. <input type="checkbox"/> Após sg.fluid. <input type="checkbox"/> Após doente <input type="checkbox"/> Após sup.	<input type="checkbox"/> Fricção <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado <input type="radio"/> luvas		1	<input type="checkbox"/> Antes doente <input type="checkbox"/> Antes asset. <input type="checkbox"/> Após sg.fluid. <input type="checkbox"/> Após doente <input type="checkbox"/> Após sup.	<input type="checkbox"/> Fricção <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado <input type="radio"/> luvas		1	<input type="checkbox"/> Antes doente <input type="checkbox"/> Antes asset. <input type="checkbox"/> Após sg.fluid. <input type="checkbox"/> Após doente <input type="checkbox"/> Após sup.	<input type="checkbox"/> Fricção <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado <input type="radio"/> luvas
	2	<input type="checkbox"/> Antes doente <input type="checkbox"/> Antes asset. <input type="checkbox"/> Após sg.fluid. <input type="checkbox"/> Após doente <input type="checkbox"/> Após sup.	<input type="checkbox"/> Fricção <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado <input type="radio"/> luvas		2	<input type="checkbox"/> Antes doente <input type="checkbox"/> Antes asset. <input type="checkbox"/> Após sg.fluid. <input type="checkbox"/> Após doente <input type="checkbox"/> Após sup.	<input type="checkbox"/> Fricção <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado <input type="radio"/> luvas		2	<input type="checkbox"/> Antes doente <input type="checkbox"/> Antes asset. <input type="checkbox"/> Após sg.fluid. <input type="checkbox"/> Após doente <input type="checkbox"/> Após sup.	<input type="checkbox"/> Fricção <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado <input type="radio"/> luvas		2	<input type="checkbox"/> Antes doente <input type="checkbox"/> Antes asset. <input type="checkbox"/> Após sg.fluid. <input type="checkbox"/> Após doente <input type="checkbox"/> Após sup.	<input type="checkbox"/> Fricção <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado <input type="radio"/> luvas
	3	<input type="checkbox"/> Antes doente <input type="checkbox"/> Antes asset. <input type="checkbox"/> Após sg.fluid. <input type="checkbox"/> Após doente <input type="checkbox"/> Após sup.	<input type="checkbox"/> Fricção <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado <input type="radio"/> luvas		3	<input type="checkbox"/> Antes doente <input type="checkbox"/> Antes asset. <input type="checkbox"/> Após sg.fluid. <input type="checkbox"/> Após doente <input type="checkbox"/> Após sup.	<input type="checkbox"/> Fricção <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado <input type="radio"/> luvas		3	<input type="checkbox"/> Antes doente <input type="checkbox"/> Antes asset. <input type="checkbox"/> Após sg.fluid. <input type="checkbox"/> Após doente <input type="checkbox"/> Após sup.	<input type="checkbox"/> Fricção <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado <input type="radio"/> luvas		3	<input type="checkbox"/> Antes doente <input type="checkbox"/> Antes asset. <input type="checkbox"/> Após sg.fluid. <input type="checkbox"/> Após doente <input type="checkbox"/> Após sup.	<input type="checkbox"/> Fricção <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado <input type="radio"/> luvas
	4	<input type="checkbox"/> Antes doente <input type="checkbox"/> Antes asset. <input type="checkbox"/> Após sg.fluid. <input type="checkbox"/> Após doente <input type="checkbox"/> Após sup.	<input type="checkbox"/> Fricção <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado <input type="radio"/> luvas		4	<input type="checkbox"/> Antes doente <input type="checkbox"/> Antes asset. <input type="checkbox"/> Após sg.fluid. <input type="checkbox"/> Após doente <input type="checkbox"/> Após sup.	<input type="checkbox"/> Fricção <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado <input type="radio"/> luvas		4	<input type="checkbox"/> Antes doente <input type="checkbox"/> Antes asset. <input type="checkbox"/> Após sg.fluid. <input type="checkbox"/> Após doente <input type="checkbox"/> Após sup.	<input type="checkbox"/> Fricção <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado <input type="radio"/> luvas		4	<input type="checkbox"/> Antes doente <input type="checkbox"/> Antes asset. <input type="checkbox"/> Após sg.fluid. <input type="checkbox"/> Após doente <input type="checkbox"/> Após sup.	<input type="checkbox"/> Fricção <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado <input type="radio"/> luvas
	5	<input type="checkbox"/> Antes doente <input type="checkbox"/> Antes asset. <input type="checkbox"/> Após sg.fluid. <input type="checkbox"/> Após doente <input type="checkbox"/> Após sup.	<input type="checkbox"/> Fricção <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado <input type="radio"/> luvas		5	<input type="checkbox"/> Antes doente <input type="checkbox"/> Antes asset. <input type="checkbox"/> Após sg.fluid. <input type="checkbox"/> Após doente <input type="checkbox"/> Após sup.	<input type="checkbox"/> Fricção <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado <input type="radio"/> luvas		5	<input type="checkbox"/> Antes doente <input type="checkbox"/> Antes asset. <input type="checkbox"/> Após sg.fluid. <input type="checkbox"/> Após doente <input type="checkbox"/> Após sup.	<input type="checkbox"/> Fricção <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado <input type="radio"/> luvas		5	<input type="checkbox"/> Antes doente <input type="checkbox"/> Antes asset. <input type="checkbox"/> Após sg.fluid. <input type="checkbox"/> Após doente <input type="checkbox"/> Após sup.	<input type="checkbox"/> Fricção <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado <input type="radio"/> luvas
	6	<input type="checkbox"/> Antes doente <input type="checkbox"/> Antes asset. <input type="checkbox"/> Após sg.fluid. <input type="checkbox"/> Após doente <input type="checkbox"/> Após sup.	<input type="checkbox"/> Fricção <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado <input type="radio"/> luvas		6	<input type="checkbox"/> Antes doente <input type="checkbox"/> Antes asset. <input type="checkbox"/> Após sg.fluid. <input type="checkbox"/> Após doente <input type="checkbox"/> Após sup.	<input type="checkbox"/> Fricção <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado <input type="radio"/> luvas		6	<input type="checkbox"/> Antes doente <input type="checkbox"/> Antes asset. <input type="checkbox"/> Após sg.fluid. <input type="checkbox"/> Após doente <input type="checkbox"/> Após sup.	<input type="checkbox"/> Fricção <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado <input type="radio"/> luvas		6	<input type="checkbox"/> Antes doente <input type="checkbox"/> Antes asset. <input type="checkbox"/> Após sg.fluid. <input type="checkbox"/> Após doente <input type="checkbox"/> Após sup.	<input type="checkbox"/> Fricção <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado <input type="radio"/> luvas
	7	<input type="checkbox"/> Antes doente <input type="checkbox"/> Antes asset. <input type="checkbox"/> Após sg.fluid. <input type="checkbox"/> Após doente <input type="checkbox"/> Após sup.	<input type="checkbox"/> Fricção <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado <input type="radio"/> luvas		7	<input type="checkbox"/> Antes doente <input type="checkbox"/> Antes asset. <input type="checkbox"/> Após sg.fluid. <input type="checkbox"/> Após doente <input type="checkbox"/> Após sup.	<input type="checkbox"/> Fricção <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado <input type="radio"/> luvas		7	<input type="checkbox"/> Antes doente <input type="checkbox"/> Antes asset. <input type="checkbox"/> Após sg.fluid. <input type="checkbox"/> Após doente <input type="checkbox"/> Após sup.	<input type="checkbox"/> Fricção <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado <input type="radio"/> luvas		7	<input type="checkbox"/> Antes doente <input type="checkbox"/> Antes asset. <input type="checkbox"/> Após sg.fluid. <input type="checkbox"/> Após doente <input type="checkbox"/> Após sup.	<input type="checkbox"/> Fricção <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado <input type="radio"/> luvas
	8	<input type="checkbox"/> Antes doente <input type="checkbox"/> Antes asset. <input type="checkbox"/> Após sg.fluid. <input type="checkbox"/> Após doente <input type="checkbox"/> Após sup.	<input type="checkbox"/> Fricção <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado <input type="radio"/> luvas		8	<input type="checkbox"/> Antes doente <input type="checkbox"/> Antes asset. <input type="checkbox"/> Após sg.fluid. <input type="checkbox"/> Após doente <input type="checkbox"/> Após sup.	<input type="checkbox"/> Fricção <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado <input type="radio"/> luvas		8	<input type="checkbox"/> Antes doente <input type="checkbox"/> Antes asset. <input type="checkbox"/> Após sg.fluid. <input type="checkbox"/> Após doente <input type="checkbox"/> Após sup.	<input type="checkbox"/> Fricção <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado <input type="radio"/> luvas		8	<input type="checkbox"/> Antes doente <input type="checkbox"/> Antes asset. <input type="checkbox"/> Após sg.fluid. <input type="checkbox"/> Após doente <input type="checkbox"/> Após sup.	<input type="checkbox"/> Fricção <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado <input type="radio"/> luvas

\* A preencher pelo responsável local da campanha  
 \*\* Opcional, a usar se apropriado, de acordo com as necessidades locais e regulamentação.

Tradução autorizada pela OMS





World Health  
Organization

Patient Safety

A World Alliance for Safer Health Care

SAVE LIVES  
Clean Your Hands

### Recomendações gerais

- O observador deve apresentar-se ao profissional de saúde e, se for o caso, ao doente, elucidando-o(s) sobre o motivo da sua presença. Pode ainda propor de imediato, e informalmente, informação de retorno.
- O profissional de saúde (de uma das categorias profissionais discriminadas na tabela abaixo), é observado no decurso da prestação de cuidados aos doentes.
- Os dados observados devem ser registados com um lápis, para que em caso de necessidade, possam ser imediatamente corrigidos.
- O cabeçalho do formulário deve ser preenchido antes de se proceder à colheita de dados (exceto o tempo e a duração da sessão que devem ser completadas no final da sessão de observação).
- Cada sessão não deve durar mais de 20 minutos (de preferência aproximadamente 10 minutos tendo em conta a atividade do profissional observado).
- O observador pode observar até 3 profissionais de saúde em simultâneo, caso a situação clínica o permita.
- Cada coluna da tabela de registo das práticas de higiene das mãos, deve ser dedicada a uma categoria profissional. Como tal, numa mesma coluna, durante uma sessão de observação, podem ser sequencialmente incluídos vários profissionais de saúde. Em alternativa, cada coluna pode ser dedicada a um único profissional, cuja categoria deve ser especificada.
- Assim que haja indicação para higiene das mãos, deve ser contabilizada uma oportunidade na devida coluna e registada no quadrado correspondente à indicação observada. De seguida, completar todas as indicações aplicáveis com a ação de higiene das mãos ou omissão desta prática.
- Cada linha em cada coluna refere-se a uma oportunidade; cada linha é independente de coluna para coluna.
- Assinale com um "X" o quadrado ou o círculo correspondente ao item que pretende selecionar (o quadrado significa que podem ser escolhidos vários itens, mas o círculo significa que só pode ser escolhido um).
- Podem ser assinaladas várias indicações durante o registo de uma oportunidade.
- As ações realizadas ou não realizadas (omissão) devem ser sempre registadas no contexto de cada oportunidade.
- O uso de luvas deve ser registado apenas quando a ação de higiene das mãos não é realizada enquanto o profissional de saúde utiliza este equipamento de proteção individual.

### Breve descrição dos itens de registo

<b>Enfermaria:</b>	Escrever por extenso	
<b>Serviço/Departamento:</b>	Escrever por extenso, de acordo com a seguinte nomenclatura:	
	<b>Médico</b> , inclui dermatologia, neurologia, hematologia, oncologia, entre outros.	<b>Cirúrgico</b> , incluindo otorrinolaringologia, neurocirurgia, urologia, oftalmologia, entre outros.
	<b>Misto</b> (médico e cirúrgico), incluindo ginecologia	<b>Obstétrico</b> , incluindo cirurgias relacionadas
	<b>Pediátrico</b> , incluindo cirurgias relacionadas	<b>Unidade de cuidados intensivos</b>
	<b>Urgência</b>	<b>Cuidados continuados e reabilitação</b>
	<b>Ambulatório</b> , incluindo cirurgia de ambulatório	<b>Outro</b> (a especificar)
<b>Período de observação:</b>	De acordo com a altura da observação: 1) Pré; 2) Pós-intervenção	
<b>Data:</b>	Dia (dd) / Mês (mm) / Ano (aa)	
<b>Hora início/fim:</b>	Hora (hh) / Minutos (mm).	
<b>Duração da sessão:</b>	Diferença em minutos, entre a hora de fim e de início do período de observação.	
<b>Sessão n.º:</b>	Atribuído de acordo com a contagem institucional.	
<b>Observador:</b>	Iniciais do observador (o observador é responsável pela colheita de dados e sua validação antes de os submeter para análise).	
<b>Pág n.º:</b>	Corresponde ao número da página no caso de ser utilizado mais de um formulário durante uma sessão.	
<b>Categoria profissional:</b>	De acordo com a seguinte classificação:	
	<b>1. enfermeiro/ parteiro</b>	1.1 enfermeiro, 1.2 enfermeiro parteiro, 1.3 aluno de enfermagem.
	<b>2. assistente operacional</b>	
	<b>3. médico</b>	3.1 medicina interna, 3.2 cirurgião, 3.3 anestesista/médico de emergência, 3.4 pediatra, 3.5 outro, 3.6 estudante de medicina.
	<b>4. outro profissional de saúde</b>	4.1 terapeuta (fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, audiólogista, terapeuta da fala), 4.2 técnico de saúde (de radiologia, de cardiologia, de laboratório, entre outros), 4.3 outros (dietista, dentista, assistente social outros profissionais de saúde envolvidos nos cuidados).
<b>Número:</b>	Número de profissionais de saúde observados, pertencentes à mesma categoria profissional (mesmo código), observados no mesmo período de observação.	
<b>Op. (oportunidade):</b>	Definida por pelo menos uma indicação.	
<b>Indicação:</b>	Motivo que gera a ação de higiene das mãos; todas as indicações aplicáveis devem ser registadas:	
	Antes doente: antes do contacto com o doente	Após fluidos: após risco de exposição a sangue e fluidos corporais
	Antes asset: antes de um procedimento asséptico	Após doente: após o contacto com o doente
		Após sup.: após contacto com o ambiente envolvente do doente
<b>Ação de higiene das mãos (HM):</b>	Atitude perante a indicação de HM, que pode ser positiva – pela fricção com SABA ou lavagem com água e sabão – ou negativa no caso da não realização da fricção com SABA ou lavagem com água e sabão (antimicrobiano ou não).	

Tradução autorizada pela OMS



**World Health Organization**

**Patient Safety**

A World Alliance for Safer Health Care

**SAVE LIVES**  
Clean Your Hands

**Formulário de cálculo básico**

UNIDADE DE SAÚDE: _____			PERÍODO: _____			ENFERMARIA: _____									
Sessão nº	Categoria profissional Código: _____			Categoria profissional Código: _____			Categoria profissional Código: _____			Categoria profissional Código: _____			Total por sessão		
	Op. (n)	Lav. (n)	Fricção (n)	Op. (n)	Lav. (n)	Fricção (n)	Op. (n)	Lav. (n)	Fricção (n)	Op. (n)	Lav. (n)	Fricção (n)	Op. (n)	Lav. (n)	Fricção (n)
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12															
13															
14															
15															
16															
17															
18															
19															
20															
<b>Total</b>															
<b>Cálculo</b>	Ação (n) =			Ação (n) =			Ação (n) =			Ação (n) =			Ação (n) =		
	Op (n) =			Op (n) =			Op (n) =			Op (n) =			Op (n) =		
<b>Adesão (%)</b>															

$$\text{Adesão (\%)} = \frac{\text{Ações}}{\text{Oportunidades}} \times 100$$

**Instruções de utilização**

1. Definir o âmbito da análise e relatar os dados relacionados com o âmbito escolhido.
2. Validar os dados do formulário de observação. As ações de higiene das mãos observadas, mas que não se relacionem com as indicações deste protocolo, não devem ser registadas.
3. Na linha respeitante à sessão de observação, registar todos os dados resultantes das observações.
4. Resultados por categoria profissional e por sessão (vertical):
  - 4.1 Calcular a soma das oportunidades registadas no formulário de observação por categoria profissional: registar este valor na célula correspondente no formulário de cálculo básico.
  - 4.2 Calcular a soma das ações de HM respeitantes às oportunidades (distinguindo a fricção da lavagem com água e sabão): registar este valor na célula correspondente no formulário de cálculo básico.
  - 4.3 Proceder da mesma forma para cada sessão.
  - 4.4 Proceder ao somatório de todas as ações e oportunidades, por categoria profissional, e calcular a adesão (percentagem).

O somatório dos resultados de cada linha permite o cálculo da adesão global na célula inferior direita da tabela.

Tradução autorizada pela OMS





World Health  
Organization

Patient Safety

A World Alliance for Safer Health Care

SAVE LIVES  
Clean Your Hands

### Formulário de cálculo opcional

(Adesão à HM em função da indicação)

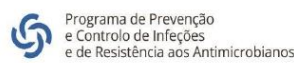
UNIDADE DE SAÚDE: _____			PERÍODO: _____			ENFERMARIA: _____									
Sessão nº	Antes do contacto com o doente			Antes de um procedimento asséptico			Após o risco de exposição a fluidos corporais			Depois do contacto com o doente			Depois do contacto com o ambiente envolvente do doente		
	Indicação (n)	Lav. (n)	Fricção (n)	Indicação (n)	Lav. (n)	Fricção (n)	Indicação (n)	Lav. (n)	Fricção (n)	Indicação (n)	Lav. (n)	Fricção (n)	Indicação (n)	Lav. (n)	Fricção (n)
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12															
13															
14															
15															
16															
17															
18															
19															
20															
Total															
Cálculo	Ação (n) =			Ação (n) =			Ação (n) =			Ação (n) =			Ação (n) =		
	Indicação (n) =			Indicação (n) =			Indicação (n) =			Indicação (n) =			Indicação (n) =		
Razão ação / indicação*															

#### Instruções de utilização

1. Definir o âmbito da análise e relatar os dados relacionados com o âmbito escolhido.
2. Validar os dados do formulário de observação. As ações de higiene das mãos observadas, mas que não se relacionem com as indicações deste protocolo, não devem ser registadas.
3. Na linha respeitante à sessão de observação, registar todos os dados resultantes das observações.
4. Resultados por indicação e por sessão (vertical):
  - 4.1 Calcular a soma das indicações registadas no formulário de observação; registar este valor na célula correspondente no formulário de cálculo opcional.
  - 4.2 Calcular a soma das ações de HM respeitantes às indicações (distinguindo a fricção da lavagem com água e sabão); registar este valor na célula correspondente no formulário de cálculo básico.
  - 4.3 Proceder da mesma forma para cada sessão.
  - 4.4 Proceder ao somatório de todas as indicações, e calcular a percentagem de adesão (razão).

\*Nota: Este cálculo não reflete exatamente a adesão, porque o denominador da equação é o número de indicações ao invés de ser o número de oportunidades. As ações são subestimadas relativamente às indicações. No entanto, o resultado dá uma ideia geral do comportamento do profissional de saúde face a cada tipo de indicação.

Tradução autorizada pela OMS



## **Anexo 2 – Formulário de Observação do Uso de Luvas nas Unidades de Saúde**

FORMULÁRIO DE OBSERVAÇÃO DO USO DE LUVAS NAS UNIDADES DE SAÚDE

ARS	Cidade	Unidade de Saúde
Observador		
Data (dd.mm.aaaa)		Período N.º
Hora de início/fim (hh:mm)		Sessão N.º
Duração da sessão (mm)		Formulár. N.º
		Serviço/Departamento
		Enfermaria

SELEÇÃO/COLOCAÇÃO DAS LUVAS	Cat. Profissional			Cat. Profissional			Cat. Profissional			Cat. Profissional			Cat. Profissional		
	Ação			Ação			Ação			Ação			Ação		
	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA
1 - Seleciona as luvas adequadas ao procedimento															
2 - Higieniza as mãos antes de colocar as luvas															
3 - Coloca as luvas imediatamente antes de iniciar o procedimento															
4 - Coloca as luvas com técnica adequada garantindo a sua não contaminação															
5 - Utiliza duplo par de luvas em situação de risco particularmente elevado <sup>1</sup>															
6 - Utiliza luvas de punho alto e/ou cobre a bata com a luva em situação de elevado risco de exposição a fluidos orgânicos <sup>2</sup>															
<b>USO/SUBSTITUIÇÃO DAS LUVAS</b>	<b>S</b>	<b>N</b>	<b>NA</b>	<b>S</b>	<b>N</b>	<b>NA</b>	<b>S</b>	<b>N</b>	<b>NA</b>	<b>S</b>	<b>N</b>	<b>NA</b>	<b>S</b>	<b>N</b>	<b>NA</b>
7 - Utiliza luvas limpas descartáveis na exposição direta <sup>3</sup>															
8 - Utiliza luvas limpas descartáveis na exposição indireta <sup>4</sup>															
9 - Utiliza luvas esterilizadas em procedimento invasivo/cirúrgico															
10 - Utiliza luvas reutilizáveis de uso individual em procedimento de descontaminação ambiental/DM															
11 - Troca de luvas entre procedimentos no mesmo doente															
12 - Retira as luvas após o procedimento															
13 - Toca no ambiente envolvente (superfícies, materiais e equipamentos) sem luvas <sup>5</sup>															
<b>REMOÇÃO DAS LUVAS</b>	<b>S</b>	<b>N</b>	<b>NA</b>	<b>S</b>	<b>N</b>	<b>NA</b>	<b>S</b>	<b>N</b>	<b>NA</b>	<b>S</b>	<b>N</b>	<b>NA</b>	<b>S</b>	<b>N</b>	<b>NA</b>
14 - Remove as luvas com técnica adequada, prevenindo a sua contaminação e do ambiente															
15 - Remove as luvas pela ordem indicada <sup>6</sup> , quando utilizadas conjuntamente com outros EPIs															
16 - Descarta as luvas de acordo com a norma interna de triagem dos resíduos															
17 - Higieniza as mãos imediatamente após a remoção das luvas															

<sup>1</sup> Usar duplo par de luvas em situações de risco particularmente elevado ou alta probabilidade de perfuração e/ou exposição a fluidos orgânicos, como por exemplo em procedimentos cirúrgicos ortopédicos.

<sup>2</sup> Usar luvas de punho alto para cobrir o antebraço nos procedimentos com exposição a grandes quantidades de fluidos orgânicos ou sangue, como por exemplo no caso de partos vaginais.

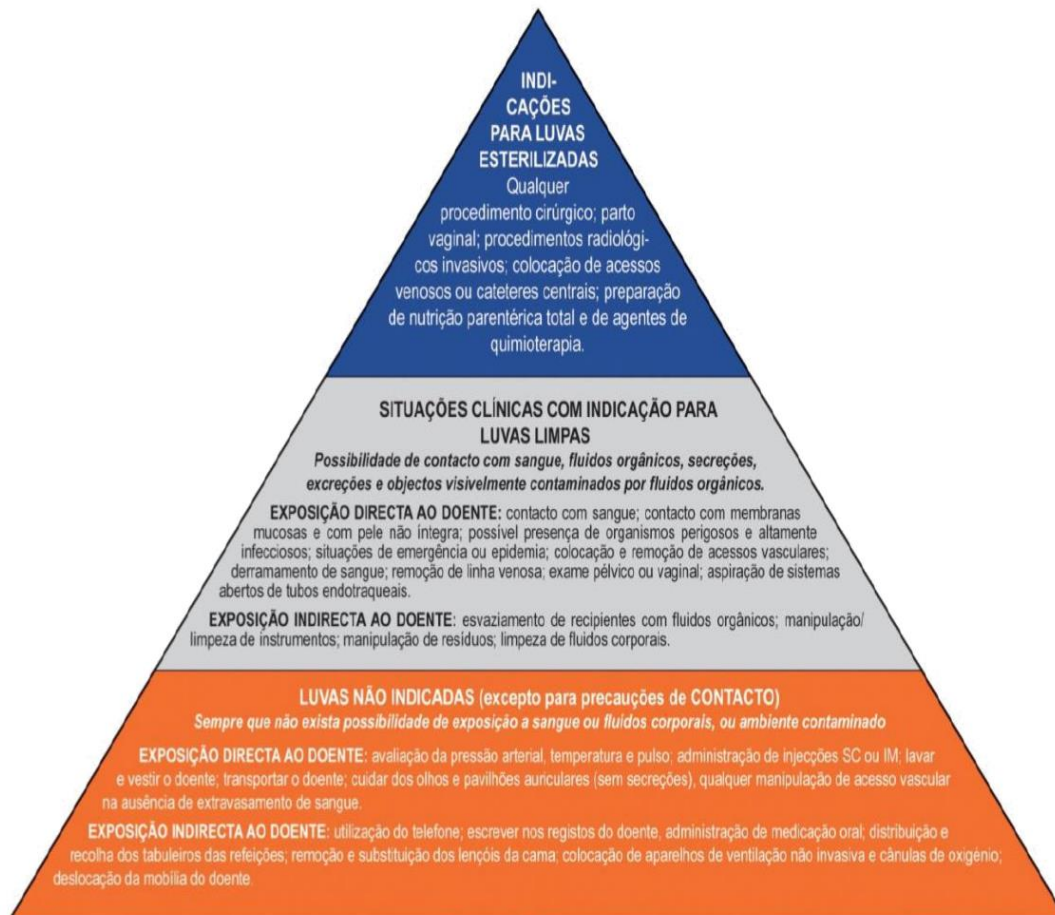
<sup>3</sup> Exposição direta ao utente: Contacto com sangue ou outros fluidos orgânicos, com exceção do suor, contacto com mucosas, contacto com pele não íntegra, higiene oral, higiene perineo entre outros contactos com risco acrescido de infeção/microrganismos patogénicos.

<sup>4</sup> Exposição indireta ao utente: Manipulação/limpeza de superfícies e instrumentos contaminados, limpeza e remoção segura de derrames e salpicos de sangue e outros fluidos orgânicos, esvaziamento de recipientes de fluidos orgânicos, manipulação de resíduos, etc.

<sup>5</sup> Constitui exceção a esta situação o doente em isolamento por contacto.

<sup>6</sup> 1ª Luvas, 2ª bata, 3ª higiene das mãos, 4ª proteção ocular, 5ª respirador/máscara, 6ª higiene das mãos.

**Indicações para o uso de luvas – Pirâmide da OMS**



Fonte: Traduzido e adaptado de OMS: "Glove Use Information Leaflet". Patient Safety, a World Alliance for Safer Health care. 2009.

### **Anexo 3 – Guia Auxiliar “Observação do Uso de Luvas nas Unidades de Saúde”**



**DGS** desde  
1899  
Direção Geral da Saúde



Programa de Prevenção  
e Controlo de Infeções  
e de Resistência aos Antimicrobianos

## **Observação do Uso de Luvas Em Cuidados de Saúde**



**PPCIRA**

**Outubro, 2016**



## Guia Auxiliar: *Observação do Uso de Luvas nos Cuidados de Saúde*

### 1. Objetivos do Guia:

- a. Definir uma metodologia padronizada para a monitorização das práticas das profissionais associadas ao uso de luvas nas Unidades de Saúde (US), através da utilização do “*Formulário de Observação - Uso de Luvas nos Cuidados de Saúde*”;
- b. Auxiliar os observadores para a uniformização da colheita de dados e sua interpretação.

### 2. Metodologia:

A metodologia adotada segue a que se encontra definida na Monitorização da Higiene das Mãos, aquando o preenchimento do “Formulário de observação da higiene das mãos”, tendo em conta os seguintes aspetos:

- a. Cabe ao GCL-PPCIRA, sob o compromisso do Órgão de Gestão, promover a monitorização do uso de luvas em cada Unidade de Saúde.
- b. O coordenador desta atividade deverá ser a mesma pessoa que coordena a Estratégia Multimodal das PBCI, em cada unidade de saúde.
- c. Cabe ao GCL-PPCIRA e ao Coordenador da Estratégia Multimodal das PBCI, em cada local, o estabelecimento do cronograma mínimo anual, orientação, apoio e treino aos elementos dinamizadores que nos serviços já participam das observações da higiene das mãos e ou novos aderentes, para a realização desta atividade.
- d. Cabe ao observador<sup>1</sup> de acordo com às orientações emanadas pelo GCL-PPCIRA e coordenador da Estratégia Multimodal das PBCI, promover a monitorização do uso de luvas na sua unidade de saúde/serviço.
- e. Cabe ao observador, devidamente identificado, a observação de todo o procedimento desde a seleção (sempre que possível), colocação, utilização e remoção das luvas, sem qualquer tipo de intervenção. No final da observação, se oportuno, poderá ser dado o retorno da informação recolhida, ao profissional de saúde observado, para que este possa melhorar a sua prática futura, numa perspetiva de reforço positivo.
- f. Cabe a cada profissional de saúde, no exercício das suas atividades, a avaliação do risco inerente à seleção e uso de luvas na sua prática diária.

---

<sup>1</sup> Técnico de saúde com formação específica de auditor/observador das PBCI (HM), definido pelo GCL PPCIRA



DGS  
desde  
1899  
Direção-Geral da Saúde



Programa de Prevenção  
e Controlo de Infecções  
e de Resistência aos Antimicrobianos

- g. Podem ser observados (em simultâneo), até 3 profissionais, da mesma ou diferentes categorias, desde que os mesmos entrem no campo de ação do profissional inicialmente observado.
- h. Constituem variáveis constantes do formulário de observação: ARS, Cidade, Unidade de saúde, Observador, Data, Hora de início/fim, Duração da sessão, Período (avaliação diagnóstica/avaliação de progresso), sessão, formulário, serviço/departamento, categoria profissional (especificar: médico, enfermeiro, assistente operacional, técnico diagnóstico e terapêutica, outro).
- i. A colheita de dados é realizada em papel, sendo o registo posterior, realizado à semelhança do Formulário da higiene das mãos, na plataforma on-line da DGS – base de dados PBCI.
- j. Após a introdução dos dados na plataforma *on-line*, será possível a obtenção dos relatórios automáticos, por Índice de qualidade global ou parcial; por Padrão (Seleção/Colocação das Luvas; Uso/Substituição das Luvas e Remoção das Luvas), por Critério, por Serviço, por Categoria profissional, entre outros.
- k. Os GCR-PPCIRA poderão obter estes relatórios por Região e por Unidade de Saúde.

### 3. Metodologia de Observação:

- a. Marque com um X os critérios correspondentes à ação realizada, selecione uma das seguintes opções:

Sim (S), Não (N) e Não aplicável (NA);

- b. As situações que não observou, considere a opção “Não aplicável (NA)”.
- c. A metodologia baseia-se apenas na observação direta do profissional de saúde e não na entrevista.
- d. Realizar no mínimo 100 observações por serviço e por ano, distribuídas equitativamente e ou percentualmente pelas categorias profissionais (médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, técnicos de diagnóstico e terapêutica, e outros).
- e. Escolher os momentos “chave”, isto é com maior risco de transmissão cruzada de infeção, para a observação, como: colocação e manutenção de cateter venoso central ou periférico, colocação e manutenção de drenagem vesical, realização de pensos de ferida operatória, outros procedimentos invasivos, cuidados de higiene e conforto, e sempre que se verifique o uso de luvas no 3º momento preconizado pela OMS para a higiene das mãos “Após risco de exposição a fluidos orgânicos”, normalmente associado a essa necessidade.
- f. Preencha uma coluna para cada profissional de saúde.

**DGS**  
desde  
1899  
Direção-Geral da SaúdePrograma de Prevenção  
e Controlo de Infecções  
e de Resistência aos Antimicrobianos

- g. Cada critério corresponde a uma oportunidade e respetiva ação.
- h. Cada formulário faculta a monitorização até 5 profissionais no máximo.
- i. Se observar mais do que 5 profissionais na mesma sessão, passe ao formulário Nº 2 e preencha outro formulário.
- j. Observar o profissional de saúde desde o início até ao fim do procedimento.
- k. A duração das sessões de observação não deverá ultrapassar os 30 minutos.

#### 4. *Timing de colheita de dados:*

- a) A partir do ano 2017 a base de dados irá permanecer aberta todo o ano, para que as Unidades de Saúde possam observar e digitar dados de acordo com a sua disponibilidade.
- b) Para efeitos de elaboração do relatório anual pelo PPCIRA Nacional, dá-se a oportunidade de digitarem dados de cada ano, até 15 de fevereiro do ano seguinte. As US que não puderem digitar até essa data limite, podem sempre fazê-lo e tirar os seus próprios relatórios, mas ficam com a informação de que esses dados não irão constar do relatório anual do PPCIRA.
- c) É importante que cada GCL-PPCIRA elabore o seu calendário anual de observações e assuma os mesmos limites para digitação de dados locais, tendo em conta a elaboração dos relatórios regional e local.
- d) Os serviços aderentes à Estratégia Multimodal das PBCI e Monitorização da HM, em todos os níveis de cuidados devem aderir à observação do uso de luvas.
- e) Podem ser estabelecidos os tempos mais oportunos de monitorização – Exemplos:
  - Observar de forma rotativa nos serviços, ao longo dos meses do ano, para poderem abranger todos ou a maioria dos serviços;
  - Observar em cada serviço, durante vários períodos ao longo do ano (mensalmente, trimestralmente ou outra periodicidade pré-estabelecida), de modo a abranger no mínimo, 50% dos profissionais de cada categoria profissional.

#### 5. Cálculo do Índice de Qualidade

A Monitorização do Uso de Luvas nas Unidade de Saúde incide em três padrões:

Padrão 1 – Seleção/Colocação das Luvas

Padrão 2 – Uso/Substituição das Luvas

Padrão 3 – Remoção das Luvas

- a. Cada critério possui três hipóteses de resposta: Sim, Não, Não se Aplica (N/A);

**DGS**  
desde  
1899  
Direção-Geral da SaúdePrograma de Prevenção  
e Controlo de Infecções  
e de Resistência aos Antimicrobianos

- b. A resposta Sim tem uma avaliação (score) de 1 ponto;
- c. A resposta Não tem uma avaliação (score) de 0 pontos;
- d. Para obter o número de respostas aplicáveis, subtrai-se o número de respostas não aplicáveis do número de questões avaliadas;
- e. Divide-se o número de respostas “Sim” pelo total de respostas “aplicáveis” e multiplica-se por 100 para obter o valor percentual que corresponde ao índice de qualidade obtido em cada padrão;
- f. Tal traduz-se pela seguinte fórmula:

$$IQ = \frac{N^{\circ} \text{ respostas Sim}}{N^{\circ} \text{ respostas aplicáveis}} \times 100$$

- g. É possível auditar os diferentes padrões em conjunto ou isoladamente;
- h. No fim de cada padrão obtém-se o seu índice de qualidade e o somatório dos 3 padrões, que traduz o índice de conformidade global ou Índice de Qualidade Global (IQG).

**Elaborado por:** Direção do PPCIRA, Direção Geral da Saúde, com a colaboração e realização de pré teste pelo GCR-PPCIRA da Região Autónoma dos Açores, GCL da Unidade Saúde Ilha de São Miguel e GCL da Maternidade Alfredo da Costa.

**Revisto em:** Outubro de 2016

**ANEXO: Formulário de observação do Uso de Luvas nos Cuidados de Saúde**

**FORMULÁRIO DE OBSERVAÇÃO - USO DE LUVAS NOS CUIDADOS DE SAÚDE**

ARS	Cidade	Unidade de Saúde
Observador		
Data (dd mm aaaa)		Período N.º
Hora de início (hh mm)		Sessão N.º
Duração da sessão (mm)		Formulário N.º
		Serviço/Departamento
		Enfermaria

SELEÇÃO/COLOCAÇÃO DAS LUVAS	Cat. Profissional			Cat. Profissional			Cat. Profissional			Cat. Profissional			Cat. Profissional			
	Ação			Ação			Ação			Ação			Ação			
	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA	
1 - Seleciona as luvas adequadas ao procedimento																
2 - Higieniza as mãos antes de colocar as luvas																
3 - Coloca as luvas imediatamente antes de iniciar o procedimento																
4 - Coloca as luvas com técnica adequada garantindo a sua não contaminação																
5 - Utiliza duplo par de luvas em situação de risco particularmente elevado <sup>1</sup>																
6 - Utiliza luvas de punho alto e/ou cobre a beta com a luva em situação de elevado risco de exposição a fluidos orgânicos <sup>2</sup>																
<b>USO/SUBSTITUIÇÃO DAS LUVAS</b>	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA	
7 - Utiliza luvas limpas descartáveis na exposição direta <sup>3</sup>																
8 - Utiliza luvas limpas descartáveis na exposição indireta <sup>4</sup>																
9 - Utiliza luvas esterilizadas em procedimento invasivo/cirúrgico																
10 - Utiliza luvas reutilizáveis de uso individual em procedimento de descontaminação ambiental/DM																
11 - Troca de luvas entre procedimentos no mesmo doente																
12 - Retira as luvas após o procedimento																
13 - Toca no ambiente envolvente (superfícies, materiais e equipamentos) sem luvas <sup>5</sup>																
<b>REMOÇÃO DAS LUVAS</b>	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA	
14 - Remove as luvas com técnica adequada, prevenindo a sua contaminação e do ambiente.																
15 - Remove as luvas pela ordem indicada <sup>6</sup> , quando utilizadas conjuntamente com outros EPIs																
16 - Descarta as luvas de acordo com a norma interna de triagem dos resíduos.																
17 - Higieniza as mãos imediatamente após a remoção das luvas																

<sup>1</sup> Usar duplo par de luvas em situações de risco particularmente elevado ou alta probabilidade de perfuração e/ou exposição a fluidos orgânicos, como por exemplo em procedimentos cirúrgicos ortopédicos.  
<sup>2</sup> Usar luvas de punho alto para cobrir o antebraço nos procedimentos com exposição a grandes quantidades de fluidos orgânicos ou sangue, como por exemplo no caso de partos vaginais.  
<sup>3</sup> Exposição direta ao utente: Contacto com sangue ou outros fluidos orgânicos, com exceção do suor; contacto com mucosas; contacto com pele não íntegra; Higiene oral; Higiene perineal entre outros contactos com risco acrescido de infecção/microorganismos patogénicos.  
<sup>4</sup> Exposição indireta ao utente: Manipulação/limpeza de superfícies e instrumentos contaminados, limpeza e remoção segura de derrames e seções de sangue e outros fluidos orgânicos, esvaziamento de recipientes de fluidos orgânicos, manipulação de resíduos, etc.  
<sup>5</sup> Constitui exceção a esta situação o doente em isolamento por contacto.  
<sup>6</sup> 1ª luvas, 2ª beta, 3ª higiene das mãos, 4ª proteção ocular, 5ª respirador/máscara, 6ª higiene das mãos.

**FORMULÁRIO DE OBSERVAÇÃO USO DE LUVAS (outubro 2018)**

**Anexo 4 – Parecer da Comissão de Ética do Politécnico de Leiria referente ao estudo**



**COMISSÃO DE ÉTICA DO POLITÉCNICO DE LEIRIA**

PARECER N.º CE/IPLEIRIA/37/2021

Data: 24/11/2021

Título do estudo - Adesão dos profissionais de saúde a medidas de prevenção e controlo de infeção

Nome do (s) proponente (s): Cheila Arcanjo e Prof.ª Susana Mendonça

O estudo pretende “Avaliar a implementação das medidas de prevenção e controlo de infeção através de um workshop com incidência na higienização das mãos e na utilização de equipamentos de proteção individual, numa equipa de saúde.” Ao nível dos objetivos específicos, procura “identificar quais as medidas de prevenção e controlo de infeção menos implementadas; realizar um *workshop* sobre as medidas de prevenção e controlo da infeção; apurar o nível de implementação das medidas dentro da equipa, após o *workshop*.” -----  
Este estudo correlacionado será constituído por 3 etapas: *Focus Group*; *Workshop*: “Medidas de prevenção e controlo de infeção”; e observação de comportamentos através da escala de observação. -----  
A população do estudo corresponde aos profissionais de saúde do Centro Hospitalar de S. Francisco, em Leiria, sendo a amostra constituída por 20 enfermeiros e 20 auxiliares de ação médica do serviço de internamento, dessa instituição. -----  
São identificados os critérios de inclusão e exclusão da amostra e é apresentado o consentimento informado a apresentar aos participantes no estudo. -----  
Para a recolha de dados irão recorrer a um guião para a fase do *Focus Group*, formulário de observação da higiene das mãos e formulário de observação do uso de luvas nas unidades de saúde. É garantido o anonimato e confidencialidade nos instrumentos de recolha de dados, sendo apenas identificada a categoria profissional dos participantes. -----  
O consentimento, livre e esclarecido, a efetuar aos participantes no estudo contempla todos os itens necessários. -----  
É referida a não existência de custos para os participantes, bem como a ausência de riscos envolvidos na participação. -----  
Atendendo ao exposto a Comissão de Ética é de parecer favorável à realização do estudo, realçando-se que este não dispensa a autorização das instituições onde o estudo irá ser efetuado. -----

P’la CE a Presidente

Assinado por: **MARIA DOS ANJOS COELHO  
RODRIGUES DIXE**  
Num. de Identificação: B1058134190  
Data: 2021.11.24 16:38:05+00'00'



1

## **Anexo 5 – Autorização da Gestão de Unidade e Direção Clínica da instituição**

Leiria, 25 de novembro de 2021

Exma. Sra. Assessora da Administração do Centro Hospitalar de S. Francisco,  
Dra. Diana Neves,

Eu, Cheila Catarina dos Santos Gaspar Baptista e Arcanjo, Enfermeira no Centro Hospitalar de S. Francisco e estudante de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, venho por este meio requerer a sua autorização para a aplicação do meu estudo de investigação, no Serviço de Internamento, do Centro Hospitalar de S. Francisco, no período de 2 de janeiro de 2022 a 31 de março de 2022.

O estudo tem como título “Adesão dos profissionais de saúde a medidas de prevenção e controlo de infeção” e pretende avaliar a implementação das medidas de prevenção e controlo de infeção através de um *workshop* com incidência na higienização das mãos e na utilização de equipamentos de proteção individual, sendo a amostra do estudo os enfermeiros e auxiliares de ação médica que exercem funções no serviço.

O estudo tem três fases: realização de um *Focus Group* (com a participação de três enfermeiros e três auxiliares), a realização do *Workshop* intitulado “Medidas de prevenção e controlo de infeção” à equipa do serviço e, por último, a observação de comportamentos através de escalas de observação (“Formulário de observação da higiene das mãos” e “Formulário de observação do uso de luvas nas unidades de saúde”, disponibilizadas pela Direção-Geral da Saúde).

Este estudo mereceu análise e parecer favorável da Comissão de Ética do Politécnico de Leiria, como segue em anexo.

Ressalvo que a realização de qualquer etapa do estudo não irá prejudicar o normal funcionamento do serviço e que a participação dos colaboradores é livre, anónima, ausente de custos e de riscos para os mesmos.

Agradeço a melhor análise do pedido e peço diferimento ao mesmo.

Assinado por : **CHEILA CATARINA DOS SANTOS  
GASPAR BAPTISTA E ARCANJO**  
Num. de identificação: 13909656  
Data: 2021.11.25 18:14:22+00'00'



Leiria, 25 de novembro de 2021

Exmo. Sr. Diretor Clínico do Centro Hospitalar de S. Francisco,  
Professor Doutor Adriano Rodrigues,

Eu, Cheila Catarina dos Santos Gaspar Baptista e Arcanjo, Enfermeira no Centro Hospitalar de S. Francisco e estudante de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, venho por este meio requerer a sua autorização para a aplicação do meu estudo de investigação, no Serviço de Internamento, do Centro Hospitalar de S. Francisco, no período de 2 de janeiro de 2022 a 31 de março de 2022.

O estudo tem como título “Adesão dos profissionais de saúde a medidas de prevenção e controlo de infeção” e pretende avaliar a implementação das medidas de prevenção e controlo de infeção através de um *workshop* com incidência na higienização das mãos e na utilização de equipamentos de proteção individual, sendo a amostra do estudo os enfermeiros e auxiliares de ação médica que exercem funções no serviço.

O estudo tem três fases: realização de um *Focus Group* (com a participação de três enfermeiros e três auxiliares), a realização do *Workshop* intitulado “Medidas de prevenção e controlo de infeção” à equipa do serviço e, por último, a observação de comportamentos através de escalas de observação (“Formulário de observação da higiene das mãos” e “Formulário de observação do uso de luvas nas unidades de saúde”, disponibilizadas pela Direção-Geral da Saúde).

Este estudo mereceu análise e parecer favorável da Comissão de Ética do Politécnico de Leiria, como segue em anexo.

Ressalvo que a realização de qualquer etapa do estudo não irá prejudicar o normal funcionamento do serviço e que a participação dos colaboradores é livre, anónima, ausente de custos e de riscos para os mesmos.

Agradeço a melhor análise do pedido e peço diferimento ao mesmo.

Assinado por : **CHEILA CATARINA DOS SANTOS  
GASPAR BAPTISTA E ARCANJO**  
Num. de identificação: 13909656  
Data: 2021.11.25 18:15:04+00'00'





Cheila Santos <cheilasantos.a@gmail.com>

---

### Pedido formal para a realização de estudo de investigação

---

**Adriano Rodrigues** <[redacted]> 16 de fevereiro de 2022 às 22:19  
Para: Cheila Santos <[redacted]>

Sra Enfermeira Cheila  
Boa noite.  
Da análise dos elementos que me foram presentes, nada tenho a opor à realização do estudo proposto, sendo que deverá ser obtido o respectivo consentimento informado.  
Mais acrescento que, ainda antes da sua publicação oficial, os resultados deverão ser dados a conhecer à Direção Clínica do CHSF.  
Relembro ainda que deverá também ser solicitada autorização à Coordenadora Administrativa do CHSF.  
Respeitosos cumprimentos,  
Adriano Rodrigues  
[Citação ocultada]



Cheila Santos <cheilasantos.a@gmail.com>

---

### Pedido formal para a realização de estudo de investigação

---

**Diana Neves** <diana[redacted]> 17 de fevereiro de 2022 às 00:53  
Para: Cheila Santos <[redacted]>  
Cc: Adriano Rodrigues <[redacted]>

Boa Noite Enfª Cheila,

Dada a validação pelo DC, nada tenho a opor.

Boa Sorte,

Com os melhores cumprimentos,

**Diana Neves**

Assessora Administração, CHSF

+351 910 044 480

[diana.neves@sanfil.pt](mailto:diana.neves@sanfil.pt)

